



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**BRUNA TELEMBERG SELL
MONIKE VENTURA DE SOUZA
TATIANA MARTINS**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ÚLCERAS
VASCULOGÊNICAS: ESCALA DE FERRANS E POWERS**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

**BRUNA TELEMBERG SELL
MONIKE VENTURA DE SOUZA
TATIANA MARTINS**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ÚLCERAS
VASCULOGÊNICAS: ESCALA DE FERRANS E POWERS**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Lúcia Nazareth Amante

**FLORIANÓPOLIS
2011**

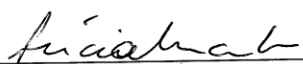
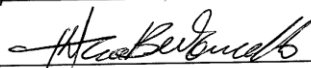
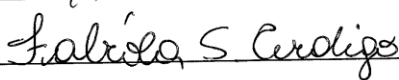
FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA COM ASSINATURAS

Bruna Telemberg Sell
Monike Ventura de Souza
Tatiana Martins

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES
DE ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS:
ESCALA DE FERRANS E POWERS**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Florianópolis, 02 de dezembro de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A úlcera vasculogênica é uma doença crônica que pode ter origem arterial ou venosa, que causa expectativas, medos e ansiedade, além de afetar a qualidade de vida dessas pessoas, pelas mudanças ocorridas na execução das atividades da vida diária, restrições sociais e afastamento da vida profissional. Este estudo tem como objetivos: verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênica e conhecer o perfil clínico e demográfico destas pessoas internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital escola do sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital de ensino do sul do Brasil. Participaram 31 pacientes portadores de úlcera vasculogênica que aceitaram participar de uma entrevista e de responder o questionário de Ferrans e Powers – Versão Feridas. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, recebendo parecer favorável sob o número 2102/11. Os resultados foram apresentados na forma de dois manuscritos: *Perfil clínico e demográfico das pessoas com úlcera vasculogênica de um hospital escola do Sul do Brasil*; *Qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera vasculogênica de um hospital escola do Sul do Brasil segundo Ferrans e Powers – Versão feridas*. Tendo em vista o tema e o método utilizado, o estudo tem relevância e contribui para o conhecimento científico da Enfermagem.

Silvia Maria L.
08/12/2011

AGRADECIMENTOS

Ao Deus pela oportunidade e pelo privilégio que nos foram dados em compartilhar tamanha experiência e, ao freqüentar este curso, perceber e atentar para a relevância de temas que a partir de hoje fazem parte de nossas vidas;

À nossa Orientadora, Professora Doutora Lúcia Nazareth Amante pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso;

À banca examinadora, professoras Kátia Cilene Godinho Bertoncello e Lúcia Nazareth Amante e a enfermeira Fabíola Santos Ardigo pelas contribuições que fizeram enriquecer nosso trabalho;

À professora Flávia Regina pelo apoio, paciência, credibilidade e compreensão que nos proporcionou através da sua disciplina neste último semestre;

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários da Universidade Federal de Santa Catarina;

À todos os professores e seus convidados pelo carinho, dedicação, conhecimento, incentivo e admiração demonstrado ao longo do curso;

Aos profissionais das unidades onde foram coletados os dados para a pesquisa pela recepção, ajuda e atenção recebidos;

Aos pacientes que participaram da entrevista pela paciência, disposição e carinho cedidos a nós;

Aos colegas de classe pela espontaneidade e confiança na troca de informações e interesses, numa demonstração de amizade e solidariedade;

Ao colega Douglas Affonso Formolo, acadêmico de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e a amiga Patrícia Ilha, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos oferecidos e a contribuição em nosso trabalho;

Às nossas famílias pelo incentivo e pela paciência em tolerar a nossa ausência;

E, finalmente, a todos que contribuíram direta e indiretamente na realização deste trabalho;

Muito Obrigada!

SELL, Bruna Telemberg; SOUZA, Monike Ventura de; MARTINS, Tatiana. **Qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculogênicas: escala de Ferrans e Powers**, 2011. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 72p.

Orientador: Lúcia Nazareth Amante, Dr^a.

RESUMO

A úlcera vasculogênica é uma doença crônica que pode ter origem arterial ou venosa. Ela causa expectativas, medos e ansiedade, além de afetar a qualidade de vida dessas pessoas, pelas mudanças ocorridas na execução das atividades da vida diária, restrições sociais e afastamento da vida profissional. As dificuldades encontradas estão desde problemas para caminhar, dançar e realizar suas atividades cotidianas, até problemas econômicos em virtude da restrição nas atividades laborais. Sendo assim, escolhemos este tema para desenvolvermos o trabalho de conclusão de curso tendo como objetivos: Conhecer o perfil clínico e demográfico e verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Os sujeitos participantes foram 31 pacientes portadores de úlcera vasculogênica que aceitaram livremente participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados através da aplicação de uma entrevista estruturada para identificar o perfil dos pacientes e, para quantificar o índice de qualidade de vida, foi utilizado o instrumento de Ferrans e Powers – Versão Feridas. Os dados coletados foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, recebendo parecer favorável sob o número 2102/11. Os resultados foram apresentados na forma de dois manuscritos: *Perfil clínico e demográfico das pessoas com úlcera vasculogênica de um hospital universitário do Sul do Brasil*; *Qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera vasculogênica de um hospital universitário do Sul do Brasil segundo Ferrans e Powers – Versão feridas*. Segundo o perfil clínico destes pacientes observou-se a prevalência de úlceras vasculogênicas em homens, pessoas idosas, casadas, aposentadas, tabagista com média de 31 anos. Quanto ao perfil clínico observou-se um maior índice de sujeitos com úlcera arterial com localização variando dos pododáctilos ao terço

inferior da perna. O tipo de tecido presente na ferida mais prevalente foi o de granulação/epitelização, com uma média de tempo de úlcera de 84,16 meses. Quanto as doenças associadas, ficou evidente que as mais prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O Índice de Qualidade de Vida geral Vaira de 0 a 30 e neste estudo apresentou a média de 20,35 (DP 3,647) o que não se considera um índice baixo. A mediana foi de 19, sendo o valor mínimo encontrado 14 e o máximo 24. A partir destes dados percebe-se que no geral a qualidade de vida destes pacientes é satisfatória, mas vale destacar que dos sujeitos entrevistados, nenhum atingiu o escore máximo. O estudo aponta que as úlceras vasculogênicas dificultam a realização das atividades diárias, causam problemas sociais e profissionais exigindo mudanças e adaptações, sendo imprescindível a elaboração de mais estudos que criem ou atualizem protocolos para o cuidado, aprofundando e buscando conhecimento técnico-científico. Por outro lado, há que se investir na melhoria da qualidade da assistência realizando capacitações para a equipe multiprofissional, além de focar na educação em saúde tanto para os profissionais como para os familiares e/ou cuidadores visando o conforto e a segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem, Úlcera venosa, Doença arterial periférica, Assistência de enfermagem.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do grau de morbidade de acordo com a Organização Mundial de Saúde.	18
Quadro 2 - Diferenças entre úlceras venosas e artérias de acordo com os indicadores de localização, evolução, profundidade, leito e margens, tamanho, exsudato, edema, dor e pulso.	23
Quadro 3 - Diferenças entre úlceras venosas e artérias de acordo com os indicadores de localização, evolução, profundidade, leito e margens, tamanho, exsudato, edema, dor e pulso.	36
Quadro 4 - Qualidade de vida dos portadores de úlcera vasculogênica segundo o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição do Tempo de úlcera de acordo com sexo, idade, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas, agosto - outubro de 2011.	42
Figura 2 - Distribuição do tipo de úlcera de acordo com sexo, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogenicas, agosto - outubro de 2011.	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 FISIOLOGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	14
3.2 COMORBIDADES	15
3.2.1 Diabetes Mellitus	15
3.2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	17
3.2.3 Obesidade.....	18
3.3 ÚLCERA VASCULOGÊNICA	19
3.3.1 Aspectos epidemiológicos.....	19
3.3.2 Etiologia	20
3.3.3 Tratamento	21
3.3.4 Diagnóstico	22
3.4 QUALIDADE DE VIDA.....	23
3.5 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	25
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 TIPO DE PESQUISA	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA	29
4.3 AMOSTRA.....	30
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	30
4.5 ANÁLISE DE DADOS	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
5 RESULTADOS	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	65
APÊNDICE 1: PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA	66
APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXOS	70
ANEXO 1: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS - VERSÃO FERIDAS (IQVFP-VF).....	71
ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	73

1 INTRODUÇÃO

As úlceras vasculogênicas tornam-se um problema de saúde pública à medida que prejudicam uma considerável parcela da população, influenciando nos índices de morbidade e mortalidade em virtude de seu grau incapacitante, aumento dos casos de amputações e da ocorrência de infecções secundárias. São circunscritas ou irregulares, superficiais ou profundas, doloridas ou indolores e são de etiologia arterial ou venosa, danificando a difusão de nutrientes e oxigênio aos tecidos, ocasionando a morte celular (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

A úlcera venosa crônica tem como características um conjunto de alterações físicas, como edema, hiperpigmentação, superficiais, exsudativas e ocorrem principalmente no maléolo lateral ou medial. A insuficiência venosa é causada pela obstrução das válvulas venosas ou insuficiência da válvula em manter o fluxo sanguíneo normal, que pode resultar em hipertensão venosa e consequente hipertensão capilar, devido ao aumento prolongado de pressão nos vasos. O que resulta em diminuição de nutrientes no espaço intersticial, acarretando a desnutrição da pele, assim como do tecido subcutâneo (IRION, 2005; SMELTEZER; BARE, 2009).

A úlcera arterial apresenta fundo pálido, tecido necrótico e comprometimento frequente das polpas digitais, maléolos, tendão calcâneo, calcâneos e pontos de atrito. A doença arterial crônica caracteriza-se por claudicação intermitente, que é a dor provocada pela atividade e aliviada após repouso. Quanto maior a insuficiência arterial, menor o fluxo sanguíneo, o que resulta em diminuição do aporte de nutrientes e oxigênio ao leito da ferida, e como consequência dificuldade no processo de cicatrização pelo retardo nas fases fibroblásticas e de remodelação da cicatrização (SMELTEZER; BARE, 2009; IPONEMA; COSTA, 2010). O diagnóstico diferencial é fundamental para escolha da terapêutica a ser utilizada, bem como o empenho do paciente em aderir ao tratamento (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

A equipe de enfermagem deve cuidar do paciente como um todo, ouvindo as necessidades, queixas, medos e inseguranças. O cuidar na enfermagem nada mais é do que a relação entre enfermeiro e paciente, exigindo do profissional a sensibilidade do tocar, do olhar, sentir e captar toda emoção e sentimento para que o cuidado seja realizado com qualidade e eficiência. Dessa maneira, a abordagem terapêutica deve ser baseada em uma visão interdisciplinar, na qual todas as especialidades necessárias para o tratamento estejam

interligadas, compreendendo as comorbidades que acometem este tipo de paciente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

A presença da úlcera vasculogênica além das expectativas, dos medos e da ansiedade ainda pode afetar a qualidade de vida dessas pessoas, pelo comprometimento causado na execução das atividades diárias, restrições sociais e afastamento da vida profissional (IPONEMA; COSTA, 2010). Qualidade de vida sempre foi um tema discutido pelo ser humano e hoje se sabe que essa qualidade é relativa e depende de pessoa para pessoa (PIRES, 2009).

Quando se fala em qualidade de vida do paciente portador de úlcera vasculogênica, entra um agravante considerável que é a presença de uma doença crônica. As dificuldades encontradas estão desde problemas para caminhar, dançar e realizar suas atividades cotidianas, até problemas econômicos em virtude de restrição das atividades laborais. E essas dificuldades se estendem por anos, devido à cronicidade da doença (SILVA et al., 2009).

O conceito qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas (SEIDL; ZANNON, 2004). A escolha em trabalhar com a qualidade de vida dos portadores de úlcera vasculogênica se deve a observação de que existe uma lacuna no que se refere a estudos sobre o mesmo, já que segundo Pires (2009), a maioria está relacionada ao uso de novas tecnologias para o tratamento da úlcera, evolução da cicatrização ou na predição do aparecimento das lesões e levantamento de custos de tratamento. Assim este estudo vem contribuir para qualificar e aumentar a literatura nacional a respeito dessa temática.

Para identificar qual é a qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera vasculogênica existe um questionário específico, qual seja o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers - Versão Ferida (IQVFP-VF), que é um instrumento a ser aplicado em pessoas com ferimentos cutâneos de qualquer etiologia, agudos ou crônicos. Esta escala apresenta 35 itens que estão distribuídos entre quatro domínios: saúde/funcionamento; sócio-econômico; psicológico/espiritual e família (YAMADA; SANTOS, 2009).

A maioria dos pacientes acometidos por úlcera vasculogênica necessita passar por um processo de reabilitação que o ajude a atingir seu melhor potencial físico, psicossocial e educacional, compatível com seu déficit fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida. Neste sentido um dos objetivos a ser alcançado é a melhora na qualidade de vida (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005).

O enfermeiro tem papel fundamental neste processo de melhora na qualidade de vida do paciente através da assistência, da reabilitação, da reinserção social e da recuperação de sua independência. Através desta ação pessoas com úlcera vasculogênica sentem-se capazes para alcançar metas e objetivos mediante seu próprio empenho e decisão. No entanto, para uma eficácia deste processo, a enfermagem necessita desenvolver sua metodologia de trabalho baseada em uma teoria de enfermagem (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005).

A teoria das necessidades humanas básicas, de Wanda Horta, se adequa ao cuidado às pessoas com úlcera vasculogênica, visto que algumas de suas necessidades psicossociais e psicobiológicas estão alteradas, como por exemplo, nutrição, integridade física (principalmente cutânea), segurança, liberdade, lazer, auto-estima, independência, locomoção, entre outras. Todas as necessidades de alguma maneira estão relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo: o ser humano. Sendo assim, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (Horta, 1979) se aplica ao cuidado do paciente portador de úlcera vasculogênica visto que o mesmo tem suas necessidades afetadas conforme a cronicidade da doença.

Como acadêmicas de enfermagem, durante os estágios regulares do curso, tivemos contato com pessoas portadoras de úlcera vasculogênica e nos deparamos com a complexidade de sua vivência, principalmente quando esta condição crônica influenciava negativamente na qualidade de vida destas pessoas que muitas vezes apresentavam medos, ansiedade, dificuldade de locomoção, restrição social, afastamento da vida profissional e dificuldade em realizar atividades diárias.

Além da vivência do paciente, percebemos que estes, em sua maioria, eram idosos e nos questionamos sobre o perfil epidemiológico destas pessoas, ou seja qual era a idade, estado civil, comorbidades, tempo e local da lesão. No hospital onde realizamos nossas atividades teórico-práticas não existe um registro com estes dados, fato verificado quando conversamos com as enfermeiras dos setores de internação que atendem esta situação crônica, quais sejam: unidade de internação cirúrgica II; internação médica I, II, III e ambulatório, e obtivemos a informação de que existe atendimento, porém sem registro. Por outro lado, as referências bibliográficas neste tema são escassas, principalmente na área da enfermagem e com enfoque na qualidade de vida. Sendo assim, escolhemos este tema para desenvolvermos o trabalho de conclusão de curso e apresentamos a questão problema: *Qual é a qualidade de vida de pessoas com Úlcera vasculogênica internadas na Unidade de clínica cirúrgica II, Unidades de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil segundo a escala Ferrans e Powers?*

2 OBJETIVOS

- Conhecer o perfil clínico e demográfico das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.
- Verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura consta de três eixos, no primeiro estão os temas que envolvem aspectos fisiopatológicos das úlceras vasculogênicas, no segundo estão os aspectos da qualidade de vida e no terceiro apresentamos o referencial teórico.

3.1 FISIOLOGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

O sistema cardiovascular tem como principal função a entrega de sangue aos tecidos, fornecendo nutrientes essenciais às células para seu metabolismo e removendo os dejetos metabólicos das células. O coração funciona como uma bomba, que através da pressão de contração manda sangue para o corpo pelos vasos sanguíneos. O sangue que sai do coração e chega até os tecidos é transportado pelas artérias, que recebem uma pressão elevada e contém uma percentagem relativamente pequena de volume sanguíneo. As veias, que transportam sangue dos tecidos de volta ao coração, estão sujeitas a baixas pressões e contém o maior percentual do volume sanguíneo. Os vasos presentes nos tecidos são chamados de capilares e é através da parede do capilar que é feita a troca metabólica e de líquidos (COSTANZO, 2007).

Outra função do sistema cardiovascular é a homeostática, na qual participa a regulação da pressão sanguínea arterial, leva hormônios reguladores das glândulas endócrinas para os seus locais de ação nos tecidos-alvos, participa da regulação da temperatura corporal e está envolvido nos ajustes homeostáticos em estados fisiológicos alterados, como a hemorragia, o exercício e as variações posturais (COSTANZO, 2007).

O coração é dividido em dois átrios e dois ventrículos que são câmaras formadas de músculos cardíaco, capazes de bombear sangue quando contraem e de receber sangue quando relaxam (FARIA et al., 2009). Os vasos sanguíneos são divididos em artérias, arteríolas, capilares, vênulas e veias. As artérias são mais calibrosas e possuem tecido elástico bem desenvolvido devido à pressão que recebem. Elas levam sangue oxigenado do coração para os tecidos. As arteríolas são ramificações das artérias e por serem menores, constituem o local de maior resistência ao fluxo sanguíneo. Os capilares são estruturas de parede fina onde são trocados os nutrientes, gases e solutos entre sangue e tecidos e, nos pulmões, entre o sangue e

o gás alveolar. Vênulas e veias também possuem a parede fina, o que resulta em uma maior capacidade para armazenar sangue, devido a capacidade de dilatação. Elas fazem o retorno do sangue dos tecidos para os pulmões, onde o sangue é oxigenado e retorna para o coração (COSTANZO, 2007).

Normalmente o sangue sofre atrito contra a parede dos vasos sanguíneos quando se desloca. Esse atrito dificulta o deslocamento do sangue dentro do vaso, ou seja, gera uma resistência à passagem do sangue. A resistência vascular depende do calibre do vaso, vasos sanguíneos menores possuem maior resistência à passagem do sangue. Porém deve-se considerar a vasoconstrição e a vasodilatação, nesses casos o calibre do vaso pode variar. A resistência vascular afeta de forma significativa o fluxo sanguíneo, quanto maior a resistência, menor será o fluxo sanguíneo (FARIA et al., 2009).

3.2 COMORBIDADES

Este item da revisão de literatura teve como livro de referência Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, de Smeltezer e Bare (2009).

3.2.1 Diabetes Mellitus

É um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue provenientes das falhas na produção ou ação da insulina. Este hormônio é produzido pelo pâncreas e controla o nível de glicose no sangue ao adequar a produção e o armazenamento deste carboidrato. Na Diabetes Mellitus (DM) as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode cessar a produção dela, levando a uma hiperglicemia que pode resultar em complicações metabólicas agudas, nas quais em longo prazo podem contribuir para complicações macrovasculares, microvasculares crônicas e doenças neuropáticas.

É a terceira causa principal de morte por doença, principalmente pela alta taxa de doença cardiovascular entre as pessoas com diabetes. Há vários tipos de DM, diferindo quanto

à causa, evolução clínica e tratamento, sendo as principais: DM tipo 1 (insulino-dependente), DM tipo 2 (não-insulino-dependente) e DM gestacional.

A insulina é secretada por células beta, uma das constituintes dos quatro tipos de células nas Ilhotas de Langerhans, é um hormônio anabólico ou de armazenamento. Há um aumento da secreção de insulina quando a pessoa ingere uma refeição, movimentando a glicose do sangue para o músculo, fígado e células adiposas. Nas células beta a insulina transporta e metaboliza a glicose para energia; estimula o armazenamento de glicose no fígado e músculo sob a forma de glicogênio; alerta o fígado para interromper a liberação de glicose; estimula o armazenamento de lipídios da dieta no tecido adiposo e acelera o transporte de aminoácidos para as células.

Durante o período de jejum, o pâncreas libera continuamente uma pequena quantidade de insulina. O glucagon (hormônio pancreático secretado pelas células alfa) é excretado quando os níveis de glicose no sangue diminuem e estimulam o fígado a liberar a glicose armazenada. Estes dois hormônios unidos mantêm um nível constante de glicose no sangue ao estimularem a liberação pelo fígado.

Os sinais e sintomas de todos os tipos de diabetes incluem: poliúria, polidipsia e polifagia. A poliúria e a polidipsia ocorrem em decorrência da perda excessiva de líquido relacionada à diurese osmótica, já a polifagia é resultante do estado catabólico induzido pelo déficit de insulina e clivagem de proteínas e lipídios. Outras manifestações são: fadiga, fraqueza, alterações visuais súbitas, parestesia nas mãos e pés, pele ressecada, lesões cutâneas ou feridas que exibem cicatrização lenta, além de infecções recorrentes.

O tratamento inicial consiste em normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para diminuir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas. Há cinco componentes para o tratamento da DM: acompanhamento nutricional, exercício físico, monitoração, terapia farmacológica e educação alimentar.

Em se tratando dos problemas nos membros inferiores, as complicações do diabetes que contribuem para o maior risco de infecções no pé são: neuropatia sensorial, autônoma e motora; doença vascular periférica devido a má circulação dos membros inferiores que colabora para a difícil cicatrização das feridas e para o desenvolvimento de gangrena; imunocomprometimento. A sequência de eventos para o surgimento de úlcera de pé diabético se inicia com uma lesão dos tecidos moles do pé, formação de fissura e formação de calosidade. As lesões não são sentidas pelo paciente com o pé insensível e podem ser térmicas, químicas ou traumáticas.

As úlceras neuropáticas ocorrem nos pontos de pressão nas áreas com sensação reduzida na polineuropatia diabética. A dor está ausente e por isso a úlcera pode passar despercebida até que uma infecção grave se desenvolva. O tratamento envolve o repouso no leito, antibióticos e debridamento. É importante controlar os níveis de glicose, que tendem a se elevar quando as infecções ocorrem visando a promoção da cura da ferida. Já nos pacientes com doenças vasculares periféricas, as úlceras podem não cicatrizar pela reduzida capacidade de oxigênio, nutrientes e antibióticos para alcançarem o tecido afetado. A amputação pode ser necessária para impedir a disseminação da infecção.

Os pacientes com DM e com alto risco de desenvolverem infecções no pé são os que possuem a doença há 10 anos ou mais; idade acima de 40 anos; histórico de tabagismo; pulsos periféricos diminuídos; sensibilidade diminuída; deformidades anatômicas ou áreas de pressão e história de úlcera de pé ou amputação prévia.

3.2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

É quando a pressão arterial sistólica é maior que 140 mmHg e a pressão diastólica é maior que 90 mmHg, embasado na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial. Muitas vezes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é chamada de “assassina silenciosa”¹, pois as pessoas que a possuem normalmente não evidenciam sinais e sintomas. Quando a pressão arterial aumentada é identificada, deve ser monitorada a intervalos regulares, já que é uma condição que a pessoa prejudicada leva para toda sua vida.

A hipertensão acompanha os fatores de risco para cardiopatia aterosclerótica como a dislipidemia (níveis lipídicos anormais no sangue) e DM. O tabagismo não gera pressão arterial alta, porém se um hipertenso é fumante o risco de morte por cardiopatia ou distúrbios relacionados é significativamente maior. Os efeitos periféricos de pequenas doses de nicotina decorrem da estimulação de gânglios autônomos e de receptores sensitivos periféricos, principalmente nos pulmões e coração. A estimulação desses receptores desencadeia várias respostas reflexas autônomas, causando taquicardia, aumento do débito cardíaco e aumento da pressão arterial (RANG *et al.*, 2008).

A hipertensão pode ser figurada em três maneiras: como um sinal, como fator de risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas ou como uma doença. O aumento prolongado

¹ SMELTEZER; BARE, v. 2, p. 905, 2009.

da pressão arterial (PA) causa lesão nos vasos sanguíneos, principalmente em órgãos como o coração, rins, cérebro e olhos. As consequências da HAS descontrolada são infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares e visão prejudicada.

Para que ocorra hipertensão deve haver alterações em fatores que prejudiquem a resistência periférica ou o débito cardíaco, bem como deve haver um problema com os sistemas de controle que monitoram e regulam a pressão. Algumas causas de hipertensão podem ser a atividade elevada do sistema nervoso simpático associada a disfunção do sistema nervoso autônomo; reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água; expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada; redução da vasodilatação das arteríolas e resistência à ação da insulina, fator que relaciona a hipertensão a DM tipo 2.

As manifestações clínicas podem ser hemorragias, hipervolemia, estreitamento arteriolar e pequenos infartos, cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo pelo aumento da carga de trabalho quando se contrai contra a pressão sistêmica elevada. Podem ainda ocorrer noctúria, acidente vascular cerebral ou crise isquêmica transitória que provocam alterações na visão, na fala, tonteira, fraqueza e hemiplegia. O tratamento visa a princípio impedir a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial em 140/90 mmHg ou abaixo disso.

3.2.3 Obesidade

A obesidade atualmente é considerada uma doença endêmica e um problema de saúde pública a nível mundial. É uma doença crônica com origem multifatorial e resulta de fatores genéticos, dietéticos, ambientais, psicológicos e comportamentais (BARBIERI; ZANELLA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde definiu obesidade como excesso de gordura no organismo, considerando o Índice de Massa Corporal (IMC). A faixa de IMC considerada normal varia entre 18,5 e 24,9 Kg/m² (BARBIERI; ZANELLA, 2009). O Quadro 1 apresenta a classificação do grau de obesidade definida pela OMS (BRANDÃO et al., 2005):

Quadro 1 - Classificação do grau de morbididade de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Classificação do grau de obesidade	IMC
------------------------------------	-----

Sobrepeso	> 25 Kg/m ²
Obesidade	> 30 Kg/m ²
Obesidade classe I	30 a 34,9 Kg/m ²
Obesidade classe II	35 a 39,9 Kg/m ²
Obesidade classe III	40 Kg/m ² ou mais

O quadro clínico pode ser caracterizado por dificuldade respiratória, apnéia do sono, problemas ortopédicos, distúrbios cutâneos, sudorese, edema de membros inferiores, compulsão alimentar e transtornos de humor. A obesidade ainda pode estar associada a dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, as quais lesam o sistema vascular favorecendo os eventos cardiovasculares (BARBIERI; ZANELLA, 2009).

A obesidade de grandes proporções, também chamada de obesidade mórbida, é reconhecida como condição grave necessitando, muitas vezes de procedimento cirúrgico, pois implica consequências como: diminuição da qualidade de vida, grande quantidade de morbidade associada, redução da expectativa de vida e alta probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (MORAES, 2005).

A presença de comorbidades no paciente portador de úlcera vasculogênica traz prejuízos tanto na formação da úlcera quanto na cicatrização da mesma, visto que as patologias descritas acima interferem ativamente na circulação, veias e artérias do paciente.

3.3 ÚLCERA VASCULOGÊNICA

3.3.1 Aspectos epidemiológicos

A úlcera vasculogênica é uma escavação da superfície cutânea que ocorre quando o tecido necrótico inflamado se desprende. Cerca de 75% de todas as úlceras de perna resultam da insuficiência venosa crônica, 20% são geradas por insuficiência arterial e 5% por outros fatores (SMELTZER; BARE, 2009). Por volta de 70% das úlceras abrem após a cicatrização. Um agravamento da insuficiência venosa crônica (IVC) é sua associação à doença vascular periférica, caracterizando uma dificuldade para o tratamento (GOGIA, 2003).

Quando há avaliação apenas da úlcera ativa os índices variam de 0,06% a 1,3% da população geral. Em países desenvolvidos, este índice é maior quando comparado com os não industrializados. Os estudos que incluem as úlceras ativas e as cicatrizadas, a prevalência varia de 1% a 1,3%, porém em estudo brasileiro e português essas taxas são mais elevadas. O primeiro foi de 3,6% (2,3% em homens e 4% em mulheres) já o segundo de 3,2% em homens e 3,9% em mulheres (GOGIA, 2003). Ainda de acordo com este mesmo autor, a úlcera venosa é frequente em idosos especialmente naqueles acima de 65 a 70 anos de idade. A relação entre mulheres e homens idosos é normalmente de 3:1 e o fator de prevalência nas mulheres é a longevidade, visto que abaixo dos 40 anos de idade a relação para ambos os sexos é igual.

3.3.2 Etiologia

A doença vascular periférica é caracterizada pelo fluxo sanguíneo reduzido através dos vasos sanguíneos periféricos. Esse fluxo sanguíneo é insuficiente quando há uma ineficácia na ação da bomba do coração que, em razão da insuficiência cardíaca, provoca redução do débito cardíaco, congestão venosa sistêmica e, conseqüentemente, um fluxo inadequado aos tecidos (IPONEMA; COSTA, 2010).

A troca inadequada de oxigênio e nutrientes no tecido é a anormalidade metabólica que fundamenta o desenvolvimento das úlceras vasculogênicas, pois quando o metabolismo celular não consegue manter o equilíbrio energético, ocorre necrose, ou seja, morte celular. As alterações nos vasos sanguíneos podem afetar os processos celulares, além de levar à formação de úlceras (SMELTZER; BARE, 2009).

A insuficiência venosa é a principal causadora das úlceras de perna. Primeiramente a trombose causa danos nas válvulas dos membros inferiores. Quando o membro é exercitado o músculo da panturrilha, que cerca as veias profundas, contrai-se e comprime estas veias, estimulando o fluxo sanguíneo ao longo delas. Este mecanismo é conhecido como bomba do músculo da panturrilha (DEALEY, 2008).

O sangue flui das veias superficiais para as veias profundas pelos vãos perfurados. As válvulas destes vasos garantem que o sangue se movimente do leito capilar até o coração. Quando há um comprometimento das válvulas, o sangue flui para qualquer direção, podendo retornar ao leito acarretando em uma hipertensão venosa. Em decorrência, os capilares ficam distorcidos e mais permeáveis. As moléculas maiores do que o normal escapam para o espaço

extravascular como o fibrinogênio e os glóbulos vermelhos. A hemoglobina é inicialmente liberada pelas hemácias e posteriormente decomposta, provocando um eczema de coloração marrom na região do dorso do pé. Por último, há fibrose dos tecidos subjacentes, dando a perna uma aparência amadeirada. Um leve trauma no membro inferior pode ser suficiente para desenvolver uma úlcera e como exemplo tem-se uma batida em um móvel, ou até mesmo uma queda com lesão na parte inferior da perna (DEALEY, 2008). Por outro lado, os vasos linfáticos são responsáveis por remover as proteínas, gorduras, células e fluidos em excesso dos tecidos. Quando o sistema linfático fica comprometido, há um acúmulo de substâncias tóxicas nestes tecidos, ocasionando uma fibrose bem como um edema (DEALEY, 2008).

3.3.3 Tratamento

O acompanhamento destes pacientes requer consultas frequentes com a equipe de saúde, realização de curativos diários e aderência a novos hábitos de vida. Embora as úlceras vasculogênicas, em sua maioria tenham início insidioso e sejam tratadas ambulatorialmente, muitas progridem e eventualmente levam à hospitalização com episódios de infecções secundárias (IPONEMA; COSTA, 2010).

O principal tratamento está no controle da hipertensão vascular podendo ser cirúrgico ou clínico, com vista a melhorar o retorno venoso, seguido pelo cuidado com a pele com a utilização de produtos adequados para ferida. A cura para a doença advém das correções cirúrgicas, porém nem todos os pacientes têm acesso ao serviço e acabam aderindo ao tratamento clínico que é apenas paliativo. O controle da hipertensão seria ideal se o paciente pudesse permanecer deitado, para promover um melhor retorno venoso e conseqüentemente uma redução da pressão capilar e do edema. Porém esta conduta não é adequada visto que muitas pessoas com úlceras têm uma vida ativa. Para isto deve-se planejar o cuidado conforme a realidade de cada ser, para que haja eficácia e resultado do tratamento. No caso específico da úlcera venosa é recomendado que se faça um repouso com os membros para cima, alternando com deambulação sob contenção elástica (GOGIA, 2003).

A compressão do membro é o tipo mais adequado de controle para hipertensão venosa, visto que o gradiente de pressão deve ser do tornozelo até a panturrilha. Este sistema de compressão é dividido em bandagem de curto estiramento (BCE), bandagem de longo estiramento (BLE) e meias elásticas. Além da compressão há a possibilidade de optar pelo

tratamento tópico, sendo readequado de acordo com o volume de exsudato e das condições da pele em volta da úlcera (GOGIA, 2003).

Para a limpeza da lesão devem-se remover resíduos dos produtos tópicos aplicados, esfacelos, exsudatos e outros corpos estranhos, considerando a técnica livre de riscos para o trauma do tecido recém formado, como a preservação de substâncias produzidas pelo organismo que auxiliem no processo de cicatrização. Deve ocorrer uma proteção da ferida, evitando a contaminação. O fornecimento ao paciente de uma assistência para os fatores sistêmicos, como nutrição adequada e controle dos que prejudicam o processo cicatricial é essencial. Deve haver uma prevenção e controle da infecção, debridamento de tecidos indesejados, controle de exsudatos, preenchimento dos espaços, domínio do odor e proteção da ferida. A redução do dano tecidual durante o manuseio da lesão envolve a troca do curativo, limpeza da ferida, evitando maceração da área ao redor da úlcera e aplicando agentes tópicos e curativos que causem nenhum ou menor dano tecidual (PRAZERES, 2009).

3.3.4 Diagnóstico

A avaliação geral do paciente é fundamental, pois muitos fatores podem adiar a cicatrização das feridas crônicas. A avaliação médica é necessária para certificar o diagnóstico determinado, pois há inúmeros fatores indicativos específicos de úlceras vasculogênicas, bem como outros fatores que devem ser especialmente considerados como estado nutricional, mobilidade, sono e repouso, dor, efeitos psicológicos da úlcera e compreensão do paciente pelo processo saúde-doença. O exame físico do membro afetado deve ser realizado rigorosamente para constatar a origem da doença, que pode ser arterial ou venosa, visto que os tratamentos desses dois tipos de úlceras não são compatíveis (DEALEY, 2008).

O diagnóstico diferencial entre úlceras venosas e arteriais pode ser realizado analisando o fornecimento de sangue para o membro inferior prejudicado, por meio de ultrasonografia Doppler, como forma ideal. Este mecanismo é usado para comparar a pressão sanguínea na parte inferior da perna com a pressão braquial, apresentada em forma de um índice de pressão tornozelo/braquial (DEALEY, 2008).

Através da anamnese devem-se identificar fatores de risco e as doenças de base, realizando a avaliação completa da lesão, definindo a localização correta, profundidade, aspecto das bordas, tipo de tecido presente no leito da ferida, presença ou não de exsudato,

medida bidimensional da lesão e presença ou não de dor (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

É primordial realizar um diagnóstico diferencial entre a insuficiência arterial e venosa, pois as principais intervenções que corrigem a hipertensão venosa são contra-indicadas à arterial, e a presença de insuficiência arterial não tratada em extremidades inferiores pode acarretar uma situação de emergência, resultando em amputação do membro afetado (IPONEMA; COSTA, 2010). O Quadro 2 apresenta as diferenças entre as úlceras venosas e arteriais de acordo com os indicadores de localização, evolução, profundidade, leito e margens, tamanho, exsudato, edema, dor e pulso (BLANES, 2004).

Quadro 2 - Diferenças entre úlceras venosas e artérias de acordo com os indicadores de localização, evolução, profundidade, leito e margens, tamanho, exsudato, edema, dor e pulso.

Indicador	Venosa	Arterial
Localização	Terço inferior da perna/maléolo medial	Dedos, pé, calcâneo/lateral da perna
Evolução	Lenta	Rápida
Profundidade, leito e margens	Superficial com leito vermelho vivo, margens irregulares	Profunda, pálida, margens definidas
Tamanho	Grande	Pequena
Exsudato	Moderado a excessivo	Pouca quantidade
Edema	Presente	Ausente, ou presente por estase
Dor	Pouco ou moderada	Extrema
Pulso	Presente	Diminuído ou ausente

3.4 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito muito marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, seja ele físico, psicológico, social, cultural ou espiritual (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996). É uma noção do ser humano, que abrange satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Existem muitas evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma que muitos componentes da

vida social contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2000).

O interesse pelo estudo da qualidade de vida tem sido crescente em várias áreas da atividade humana. Atualmente, se reconhece a importância do ponto de vista do paciente em relação à sua própria doença para a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas, proporcionando assim um bem-estar maior a este indivíduo. Apesar de não haver consenso quanto à definição de qualidade de vida, a maioria dos autores concorda que em sua avaliação devem ser contemplados os domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando-se captar a experiência pessoal de cada indivíduo (PINTO NETO; CONDE, 2008).

Para identificar o que estava sendo pesquisado sobre o tema estudado foram realizadas algumas pesquisas na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) tendo como critério de inclusão artigos em que apareciam as palavras úlcera venosa e enfermagem; úlcera venosa e qualidade de vida; úlcera arterial e enfermagem; úlcera arterial e qualidade de vida. O estudo foi selecionado sem restrições quanto à língua e publicados no período de 2001 a 2010. Foram considerados como critérios de exclusão: artigos que não estiveram com resumo disponibilizado on-line, gratuitamente; artigos que não se enquadraram no tema proposto.

Nenhum artigo foi encontrado com as palavras úlcera arterial e enfermagem ou úlcera arterial e qualidade de vida. Foi encontrado apenas um artigo com as palavras úlcera venosa e qualidade de vida e sete artigos com as palavras úlcera venosa e enfermagem, sendo que o artigo encontrado utilizando as palavras úlcera venosa e qualidade de vida se repete na pesquisa em que utilizou-se as palavras úlcera venosa e enfermagem.

Foram encontrados no total da pesquisa sete artigos, entretanto dois deles fazem parte do mesmo estudo e diferem apenas na fonte de divulgação. Portanto consideramos para este estudo seis artigos. Ficou evidente a escassez de publicação sobre úlcera venosa ou arterial relacionado à enfermagem ou qualidade de vida, pois nos anos de 2001, 2007 e 2008 foi inexistente a publicação de artigos deste assunto nesta base de dados LILACS. Nos anos de 2002, 2003, 2004, 2006, 2009 e 2010 foi publicado um artigo ao ano, o que demonstra a fragilidade de pesquisa da enfermagem neste assunto.

Na análise dos temas dos seis estudos encontrados, o foco principal enfatizou o tratamento das úlceras venosas com dois estudos, seguido pela avaliação e diagnóstico das

úlceras venosas, que juntos somaram dois estudos. Ainda foi identificado um estudo de revisão e outro que aborda o perfil sociodemográfico dos portadores de úlcera venosa e os custos de material e pessoal no procedimento com bota de Unna. Quanto ao tratamento, um dos estudos busca verificar os efeitos da terapia física descongestiva (TFD) na cicatrização de úlceras venosas e conclui que os clientes submetidos à TFD apresentaram significativa redução de edema e da dor, além de melhora no processo cicatricial e qualidade de vida (AZOUBEL et al, 2010). O outro estudo reforça a importância do cuidado multidisciplinar no tratamento de feridas complexas em centro hospitalar especializado, pois possibilita tratamentos cirúrgicos e uso de novas tecnologias (FERREIRA, 2006).

Com este estudo identificamos a necessidade de realizar mais pesquisas sobre o tema, que é pouco publicado, e quando ocorre, na grande maioria, é para os tipos de tratamentos e novas tecnologias. Havendo, portanto, a necessidade de publicações a respeito das questões humanísticas, como a qualidade de vida destas pessoas.

3.5 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A teoria de Wanda de Aguiar Horta foi desenvolvida para que se explicasse a natureza da enfermagem, definisse seu campo de ação específico, sua metodologia científica. Foi desenvolvida a partir da teoria de Maslow e se fundamenta nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979). Esta teoria adéqua ao cuidado às pessoas com úlcera vasculogênica, visto que algumas de suas necessidades psicossociais e psicobiológicas estão alteradas, como por exemplo, nutrição, integridade física (principalmente cutânea), segurança, liberdade, lazer, auto-estima, independência, locomoção, entre outras. Todas as necessidades de alguma maneira estão relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo: o ser humano. Sendo assim, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta se aplica ao cuidado do paciente portador de úlcera vasculogênica visto que o mesmo tem suas necessidades afetadas conforme a cronicidade da doença. Por outro lado, é a teoria que norteia o processo de Enfermagem aplicado no hospital onde se realizou a pesquisa (HORTA, 1979).

A teoria da motivação humana, de Maslow, baseia-se nas necessidades humanas básicas que foram hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização. Na enfermagem utiliza-se a denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Sendo os dois

primeiros níveis comuns a todos os seres humanos na sua complexidade orgânica, e o terceiro nível é característica única do homem (HORTA, 1979).

Horta (1979) apresenta os seguintes conceitos: ser humano, enfermagem e assistir em enfermagem. O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço, está em constante interação com universo, o que pode provocar estados de equilíbrio e desequilíbrio. O mesmo se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, poder de imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro. Um ser único, integral, que vive em sociedade e se relaciona com o universo. Em constante adaptação com o meio que o cerca. Sujeito constituído de uma história que traz consigo sua cultura e suas crenças.

Para nós, o ser humano é um ser inusitado que desenvolve capacidades e potenciais. A espécie foi evoluindo, adaptando e readequando-se as modificações do planeta que fez crescer o seu sistema nervoso. Com sua soberana inteligência modificou o mundo em seu favor, através de métodos, meios calculados e estudados. Único ser vivo que tem o privilégio de argumentar e defender seus interesses próprios. A linguagem como forma de comunicação, é que faz o seu diferencial. Busca-se através da ciência o entendimento do ser humano, mas a ciência quem a criou foi ele próprio. Tudo que gira em torno do universo tem relação com este ser vivo.

Este ser humano, que interage com o universo e apresenta estados de equilíbrio e desequilíbrio, apresenta necessidades que se caracterizam por estados de tensão que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Quando as necessidades não são atendidas ou são atendidas inadequadamente trazem desconforto se este se prolonga é causa de doença. Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

Saúde não é meramente a ausência de doença, está intimamente relacionada às necessidades psicobiológico, psicossocial, psicoespiritual e à qualidade de vida do indivíduo. Qualidade de vida é um conceito complexo, que aceita uma variedade de significados, com muitas abordagens teóricas e diversos métodos para medida do conceito. Em um estudo realizado com 349 pacientes americanos em hemodiálise foram identificados 4 domínios inter-relacionados que interferem na qualidade de vida de um indivíduo: Saúde e funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família (KIMURA; SILVA, 2009).

Entendemos que para ter qualidade de vida o indivíduo precisa ter condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade e acesso

aos serviços de saúde, ou seja, atingir o bem estar físico, mental e social; indo ao encontro do conceito de saúde estabelecido durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Para Horta (1979), Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, se possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter, promover a saúde em colaboração com os outros profissionais.

Para nós, Enfermagem é a ciência na qual a essência e os princípios estão voltados para o cuidado integral e humanizado aos indivíduos, família e comunidade. É uma profissão cujo trabalho em equipe é busca atingir bons resultados terapêuticos. Existem profissões que são exercidas por vocação, e daqueles que a ela se dedicam, sempre exigirá uma disposição para o que para muitos poderá ser considerado enorme sacrifício, mas que para eles será apenas sua realização pessoal e profissional.

Uma dessas profissões, muitas vezes sacrificante, é a Enfermagem. Responsável quase que diretamente pela vida daqueles que estão sob seus cuidados. Da sua eficiência e competência, e mais ainda, do seu senso de dever, dependem muitas vidas. Basta um pequeno descuido e uma vida poderá ser perdida. Quando de plantão, esquecem de suas famílias e lares, vivendo apenas para o bem estar dos pacientes. Quando na sua casa, muitas vezes são chamados para socorrer alguém, ou para ajudar em algum acidente. E sempre estão dispostos para largar tudo e acudir quem deles estiver necessitando. A Enfermagem é muito mais que uma simples profissão, pois são muitas horas cuidando de um paciente, muitas vezes desconhecido, guardando sua vida e fazendo o possível e o impossível para promover o conforto, aliviar a dor e atendê-lo em todas as suas necessidades.

Assistir em Enfermagem, para Horta (1979), é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer para si, ajudar quando impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Não muito diferente de Wanda Horta, pensamos que cuidar em enfermagem é tudo aquilo doado em prol da melhora da qualidade de vida do ser humano. O ato de cuidar revela sentimentos e ações como vontades, desejos, emoções, atitudes e impulsos sendo uma relação mútua de ajuda, pautada pelo afeto, respeito ético e moral. Atende as necessidades do ser a ser cuidado e potencializa-o para o autocuidado.

Com estes conceitos alguns princípios foram deduzidos por Horta (1979), a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano e é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro

de uma família e de uma comunidade, bem como, elemento participante ativo do seu autocuidado. Para que a enfermagem atue resolutivamente frente a estas necessidades humanas básicas é necessário um método de trabalho, denominado processo de enfermagem (HORTA, 1979).

O portador de úlcera vasculogênica pode apresentar alguns diagnósticos de enfermagem, que segundo NANDA (2010), são: mobilidade física prejudicada; distúrbio na imagem corporal; risco de infecção; integridade da pele prejudicada; dor aguda.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa transversal estuda fator e efeito em um momento determinado, como se a pesquisa fizesse uma análise da foto do fenômeno naquele instante (BORDALO, 2006).

A pesquisa descritiva evidencia as características de determinada população ou fenômeno ou, então, estabelece relações entre variáveis. Utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário e observação sistemática. Esse tipo de pesquisa permite estudar as características de um grupo: idade, sexo, procedência, nível de escolaridade fazendo uso de dados primários, ou seja, aqueles coletados para o desenvolvimento do estudo e dados secundários que são os dados pré-existentes (GIL, 2002; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). A pesquisa quantitativa em enfermagem é a investigação dos fenômenos de enfermagem que podem ser medidos ou quantificados precisamente. É o exame rigoroso, sistemático e objetivo de conceitos específicos (POTTER; PERRY, 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi desenvolvida nas unidades de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil. Este é um hospital que atende diversas especialidades médicas, tanto no ambulatório quanto nas unidades de internação. A unidade de clínica cirúrgica II possui 30 leitos que atendem as especialidades de urologia, proctologia, cirurgia plástica e vascular, sendo que a especialidade de vascular possui 10 leitos reservados. No quadro funcional de enfermagem existem 6 enfermeiros, 24 funcionários de nível médio e 1 escriturário. Na unidade de clínica médica I possui 19 leitos distribuídos nas especialidades de pneumologia, aparelho digestivo e clínica médica. No quadro funcional de enfermagem existem 8 enfermeiros, 24 funcionários de nível médio e 1 bolsista. Na unidade de clínica médica II possui 29 leitos distribuídos nas especialidades de oncologia, hematologia, neurologia, endocrinologia, cardiologia e clínica médica masculina. No quadro

funcional de enfermagem existem 8 enfermeiros e 24 funcionários de nível médio. Na unidade de clínica médica III possui 29 leitos distribuídos nas especialidades de neurologia, reumatologia, pneumologia, endocrinologia e clínica médica. No quadro funcional de enfermagem existem 8 enfermeiros, 24 funcionários de nível médio e 2 bolsistas. No ambulatório área A as especialidades atendidas são: vascular, aparelho digestivo, dermatologia, alergia, reumatologia, cardiologia e clínica médica, em seu quadro funcional de enfermagem existem 1 enfermeira e 2 funcionários de nível médio.

4.3 AMOSTRA

A amostra foi não probabilística, do tipo intencional. Neste método de amostra o pesquisador seleciona os participantes da pesquisa baseado em critérios que atendam aos objetivos da pesquisa, à relação direta com representatividade ou produtividade efetiva da pesquisa (DYNIEWICZ, 2009). Os sujeitos participantes foram 31 pacientes portadores de úlcera vasculogênica atendidos na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil, durante o período de coleta de dados, de 22 de agosto a 14 de outubro de 2011.

Os critérios de seleção foram: pacientes portadores de úlcera vasculogênica localizada em membros inferiores, internados na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e/ou atendidos no ambulatório durante o período de coleta de dados, de um hospital universitário do sul do Brasil, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, maiores de 18 anos e com condições para responder ao questionário (ser capaz de ler e escrever).

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os dados foram coletados através da aplicação de uma entrevista estruturada contendo dados sociais, de saúde, clínicos e assistenciais do paciente para identificar o perfil destes (Apêndice 1). Segundo Severino (2008), entrevista estruturada é aquela na qual as questões são direcionadas, preestabelecidas e diretivas, que obtém dos sujeitos respostas mais

facilmente categorizáveis, sendo muito utilizadas no desenvolvimento de levantamentos sociais. Para quantificar o índice de qualidade de vida foi utilizado o instrumento de Ferrans e Powers – Versão Feridas (Anexo 1).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para identificar o perfil clínico e demográfico dos pacientes participantes da pesquisa os dados coletados foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Considerou-se como nível de significância estatística para os testes o valor de $p < 0,05$.

Para determinar o índice de qualidade de vida, os escores foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foram feitas análises de acordo com os aspectos socioeconômico, psicológico/espiritual, funcionamento e saúde e família. Para atribuição dos escores, primeiramente, foi recodificado os itens de satisfação, com o objetivo de centralizar o zero da escala, subtraindo-se o valor 3,5 das respostas de cada item de satisfação, resultando em pontuações que variam de -2,5 a +2,5. Em seguida, os escores recodificados de satisfação foram ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor da resposta à importância. A seguir, o escore total foi calculado somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Para eliminar pontuações negativas no escore final, somou-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que variou de 0 a 30 (FERRANS; POWERS, 1992 e FERRANS, 1996 apud YAMADA; SANTOS, 2009).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

As Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) nortearam o desenvolvimento deste estudo, para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento desta pesquisa. Esta Resolução congrega, no indivíduo e nas coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência,

beneficência e justiça, entre outros, e objetiva garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, recebendo parecer favorável sob o número 2102/11 (Anexo 2).

Elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) que visou garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participarem espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os mesmos. Foram garantidos aos sujeitos o anonimato e a possibilidade de desistirem do trabalho a qualquer momento de sua trajetória.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de dois manuscritos: *Perfil clínico e demográfico das pessoas com úlcera vasculogênica de um hospital universitário do Sul do Brasil*; *Qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera vasculogênica de um hospital universitário do Sul do Brasil segundo Ferrans e Powers – Versão feridas*.

PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM ÚLCERA VASCULOGÊNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

Bruna Telemberg Sell¹

Monike Ventura de Souza²

Tatiana Martins³

Lucia Nazareth Amante⁴

Resumo:

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil clínico e demográfico das pessoas com úlceras vasculogênicas internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, realizado no período de 22 de agosto a 14 de outubro de 2011 com 31 sujeitos. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, sob o número 2102/11. Os dados coletados foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os resultados obtidos foram agrupados em quatro categorias: *Identificação do paciente portador de úlcera vasculogênica; Hábitos e costumes; Aspectos clínicos dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas; Análise da associação entre variáveis demográficas e clínicas dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas*. Os achados permitiram criar um perfil demográfico e clínico destes pacientes que na sua maioria foram homens, idosos, casados, tabagistas, aposentados, com úlcera arterial, com uma média de 7 anos de tempo de úlcera, com tecido de granulação/epitelização e doenças crônicas associadas.

Descritores: Úlcera venosa, doença arterial periférica, assistência de enfermagem.

Abstract:

¹ Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Monitora do Laboratório de Enfermagem.

² Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estagiária assistencial do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina.

³ Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Monitora da 7ª e 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE).

The objective of this research was to get to know the clinic and demographic profile of the people suffering of vasculogenic ulcers hospitalized at the Surgery Clinic II Unit, Medical Clinic Unit I, II and III and accompanied in the emergency room in a school hospital in the southern part of Brazil. It is a transversal and descriptive study based on a quantitative approach, realized from the 22nd of August to the 14th of October of 2011 with 31 individuals. The study has received a positive response from the Ethics and Research with Human Being Committee from its home institution, by the number 2102/11. The collected data were was organized and analyzed through the electronic database of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) applicative. The obtained results were grouped in four categories: *Identification of patients with vasculogenic ulcers; Habits and Customs; the Clinical Aspects of patients with vasculogenic ulcers; Analysis of the association between demographic and clinical variables of patients with vasculogenic ulcers*. The outcome allowed the creation of a demographic and clinical profile of these patients whose majority were identified as men, elderly, married, smokers, and retired, with arterial ulcers, with an average period of 7 years with ulcers, with tissue of granulation/epithelialization and chronic diseases associated.

Descriptors: Venous ulcers, peripheral arterial disease, nursing care.

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo conocer el perfil clínico y demográfico de las personas con úlceras vasculogénicas internada en la unidad de clínica cirúrgica II, unidad de clínica médica I, II y III y acompañadas en un ambulatorio de un escuela hospital del sur de Brasil. Se trata de un estudio transversal, descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado en el periodo del 22 de agosto al 14 de octubre del 2011 con 31 individuos. El estudio obtuvo un parecer favorable del Comité de Ética e investigación con Seres Humanos de la Institución de Enseñanza de origen, bajo el numero 2102/11. Los datos colectados fueran organizados y analizados a través de un banco de datos electrónico del aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS). Los resultados obtenidos fueran agrupados en cuatro categorías: *Identificación de los portadores de úlceras vasculogénicas, Hábitos y Costumbres, Aspectos Clínicos de los portadores de úlceras vasculogénicas; Análisis de la asociación entre variables demográficas y clínicas de los portadores de úlceras vasculogénicas*. Los resultados permitieron crear un perfil demográfico y clínico de estos pacientes que en su mayoría son hombres, viejos, casados, fumadores, aposentados, con úlcera arterial, con un promedio de 7 años de tiempo de úlcera, con tejido de granulación/epitelización y enfermedades crónicas asociadas.

Descritores: Úlcera venosa, enfermedad arterial periférica, asistencia de enfermería

Introdução

As úlceras vasculogênicas tornam-se um problema de saúde pública à medida que prejudicam uma considerável parcela da população, influenciando nos índices de morbidade e mortalidade em virtude de seu grau incapacitante, aumento dos casos de amputações e da ocorrência de infecções secundárias. São circunscritas ou irregulares, superficiais ou profundas, doloridas ou indolores e são de etiologia arterial ou venosa, danificando a difusão de nutrientes e oxigênio aos tecidos, ocasionando a morte celular (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Através da anamnese devem-se identificar fatores de risco e as doenças de base, realizando a avaliação completa da lesão, definindo a localização correta, profundidade, aspecto das bordas, tipo de tecido presente no leito da ferida, presença ou não de exsudato, medida bidimensional da lesão e presença ou não de dor (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

É primordial realizar um diagnóstico diferencial entre a insuficiência arterial e venosa, pois as principais intervenções que corrigem a hipertensão venosa são contraindicadas à arterial, e a presença de insuficiência arterial não tratada em extremidades inferiores pode acarretar uma situação de emergência, resultando em amputação do membro afetado (IPONEMA; COSTA, 2010).

Quadro 3 - Diferenças entre úlceras venosas e artérias de acordo com os indicadores de localização, evolução, profundidade, leito e margens, tamanho, exsudato, edema, dor e pulso.

Indicador	Venosa	Arterial
Localização	Terço inferior da perna/maléolo medial	Dedos, pé, calcâneo/lateral da perna
Evolução	Lenta	Rápida
Profundidade, leito e margens	Superficial com leito vermelho vivo, margens irregulares	Profunda, pálida, margens definidas
Tamanho	Grande	Pequena
Exsudato	Moderado a excessivo	Pouca quantidade
Edema	Presente	Ausente, ou presente por estase
Dor	Pouco ou moderada	Extrema
Pulso	Presente	Diminuído ou ausente

Fonte: Blanes, 2004.

Quando há avaliação apenas da úlcera ativa os índices variam de 0,06% a 1,3% da população geral. Em países desenvolvidos, este índice é maior quando comparado com os não industrializados. Os estudos que incluem as úlceras ativas e as cicatrizadas, a prevalência varia de 1% a 1,3%, porém em estudo brasileiro e português essas taxas são mais elevadas. O primeiro foi de 3,6% (2,3% em homens e 4% em mulheres) já o segundo de 3,2% em homens e 3,9% em mulheres. A úlcera venosa é frequente em idosos especialmente naqueles acima de 65 a 70 anos de idade. A relação entre mulheres e homens idosos é normalmente de 3:1 e o fator de prevalência nas mulheres é a longevidade, visto que abaixo dos 40 anos de idade a relação para ambos os sexos é igual (GOGIA, 2003).

Como acadêmicas de enfermagem, durante os estágios regulares do curso, tivemos contato com pessoas portadoras de úlcera vasculogênica e nos deparamos com a complexidade de sua vivência e paralelamente observamos a inexistência de um registro com estes dados, fato verificado quando conversamos com as enfermeiras dos setores de internação que atendem esta situação crônica, quais sejam: unidade de internação cirúrgica II; internação médica I, II, III e ambulatório, e obtivemos a informação de que existe atendimento, porém sem registro.

A partir do que foi descrito buscamos conhecer o perfil clínico e demográfico das pessoas com úlceras vasculogênicas internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

Método

Tipo de pesquisa: Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa em enfermagem é a investigação dos fenômenos de enfermagem que podem ser medidos ou quantificados precisamente. É o exame rigoroso, sistemático e objetivo de conceitos específicos (POTTER; PERRY, 2009).

Local da pesquisa: Desenvolvida nas unidades de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

Amostra: amostra intencional não probabilística. Os sujeitos participantes foram 31 pacientes portadores de úlcera vasculogênica atendidos na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de

clínica médica I, II e III e no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil, durante o período de coleta de dados, de 22 de agosto a 14 de outubro de 2011

Crítérios de seleção: pacientes portadores de úlcera vasculogênica, internados na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e atendidos no ambulatório durante o período de coleta de dados, de um hospital universitário do sul do Brasil, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, maiores de 18 anos de idade e com condições para responder ao questionário (ser capaz de ler e escrever).

Instrumentos de pesquisa: Os dados foram coletados através da aplicação de uma entrevista estruturada contendo dados sociais, de saúde, clínicos e assistenciais do paciente para identificar o perfil clínico e demográfico destes.

Análise de dados: Os dados coletados foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) identificando o perfil clínico e demográfico dos pacientes participantes da pesquisa. Considerou-se como nível de significância estatística para os testes o valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos da pesquisa: O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, recebendo parecer favorável sob o número 2102/11.

Resultados e Análise

Os achados permitiram criar um perfil demográfico e clínico destes pacientes e para melhor apresentá-los agrupamos os dados em quatro categorias: *Identificação do paciente portador de úlcera vasculogênica; Hábitos e costumes; Aspectos clínicos dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas; Análise da associação entre variáveis demográficas e clínicas dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas.*

Identificação do paciente portador de úlcera vasculogênica

Entendemos que o ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, poder de imaginação e simbolização. Por estas razões, torna-se essencial que se façam algumas considerações no que se referem às características de gênero, idade, estado civil. Participaram desta pesquisa 31 pacientes que estavam internados ou realizando acompanhamento ambulatorial. Deste total, 19 (61,3%) encontravam-se hospitalizados nas unidades de internação médica e cirúrgica e 12 (38,7%) realizando tratamento ambulatorial.

Dos 31 pacientes entrevistados 17 (54,8%) eram do sexo masculino, enquanto 14 (45,2%) do sexo feminino. Em relação a idade a média foi de 61,13 anos com desvio padrão de 13,188, sendo 6,5% dos sujeitos com idade entre 20 e 40 anos, 35,5% entre 40 e 60 anos e 58,1% com idade igual ou acima de 60 anos. Com o avanço da idade ocorrem alterações fisiológicas do tecido tegumentar, fragilidade cutânea, termorregulação deficiente, redução do estímulo sensitivo, diminuição da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular e a redução da espessura da pele (MALAQUIAS; BACHION; NAKATANI, 2008). Segundo Gogia (2003), as úlceras venosas acometem idosos preferencialmente acima de 65 anos, já Nunes (2006), diz que a prevalência é maior em idosos acima de 60 anos. Quanto mais anos vividos, maior o sofrimento para o indivíduo e sua família, pois surgem patologias que trazem sequelas, perda da função e autonomia, aumento da dependência, isolamento social e depressão (FREITAS *et al*, 2002).

Verificou-se ainda que 14 pacientes (45,2%) eram casados, 8 (25,8%) eram viúvos, 6 (19,4%) divorciados e 3 (9,7%) solteiros. Também observamos que nos estudos de Malaquias (2010) e Porto, et al (2011) o estado civil mais freqüente entre os sujeitos é o casado.

Quanto à mobilidade identificou-se que 20 pacientes (64,5%) deambulam sem auxílio e 11 (35,5%) deambulam com auxílio. Diferentemente no estudo de Malaquias (2010) em que a maioria com 47,6%, apresentou alguma alteração na mobilidade física.

Em relação à ocupação dos pacientes encontramos 19 (61,3%) aposentados, 9 (29%) trabalhadores e 3 (9,7%) do lar. Este número elevado de pacientes aposentados se deve pelo estudo ter sido realizado com a maioria dos pacientes de idade igual ou superior a 60 anos. Isto também é analisado no estudo de Porto *et al* (2011) em que 65,8% dos entrevistados não estão inseridos no mercado de trabalho.

Uma anamnese que inclua perguntas sobre os recursos da família e dos cuidadores é importante para determinar quais intervenções apresentam maior probabilidade de sucesso. As atividades comunitárias e de trabalho devem ser analisadas quanto à possibilidade de serem responsáveis pela formação de feridas e se têm alguma probabilidade de facilitarem a

cicatrização das mesmas, além de afetar a determinação do paciente em aderir ao tratamento (IRION, 2005).

Hábitos e costumes

Em relação ao etilismo encontramos 3 (9,7%) pacientes com este hábito, com uma média de 25,66 anos de uso e desvio padrão de 21,57. Em contrapartida o hábito de tabagismo foi mais evidente chegando a 19 (61,3%) dos pacientes, com uma média de 31 anos de uso e desvio padrão de 17,24. No estudo de Cavalcante *et al* (2010), 22,2% dos entrevistados eram tabagistas, 3,7% etilista e 33,37% nunca beberam ou fumaram.

De acordo com Martins; Souza (2007) e Moura *et al* (2010), em pacientes tabagistas o processo de cicatrização das feridas é mais prolongado, pois este hábito acarreta em uma diminuição na hemoglobina que provoca uma disfunção pulmonar, podendo causar hipóxia tecidual pela escassez de oxigênio no sangue e no tecido subcutâneo. O álcool pode ocasionar lesões no cérebro, coração, fígado e pâncreas, influenciando no tratamento, bem como no funcionamento cognitivo e comportamental.

Os efeitos periféricos de pequenas doses de nicotina decorrem da estimulação de gânglios autônomos e de receptores sensitivos periféricos, principalmente nos pulmões e coração. A estimulação desses receptores desencadeia várias respostas reflexas autônomas, causando taquicardia, aumento do débito cardíaco e aumento da pressão arterial (RANG *et al.*, 2008).

Aspectos clínicos dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas

As úlceras vasculogênicas se dividem em venosa e arterial, podendo ainda estar presente de forma mista. Dentre os pacientes constatamos que 17 (54,8%) apresentavam úlcera arterial, 12 (38,7%) venosa e 2 (6,5%) mista. A úlcera venosa apresenta um conjunto de alterações físicas, como edema, hiperpigmentação, são superficiais, exsudativas e ocorrem principalmente no maléolo lateral ou medial. A úlcera arterial apresenta fundo pálido, tecido necrótico e comprometimento frequente das polpas digitais, maléolos, tendão calcâneo, calcâneos e pontos de atrito (SMELTEZER; BARE, 2009; IRION, 2005; IPONEMA; COSTA, 2010).

Com relação a localização das úlceras vasculogênicas, observamos que em 11 (35,4%) pacientes eram em Membro Inferior Esquerdo (MIE), em 16 (51,6%) eram Membro Inferior

Direito (MID) e em 4 (12,9%) pacientes eram nos dois membros, com localização variando dos pododáctilos ao terço inferior da perna, sendo que quatro pacientes já sofreram algum tipo de amputação.

Os tipos de tecidos mais encontrados nas úlceras foram: Granulação, Epitelização, Necrótico e Fibrina. Dentre estes o mais prevalente foi granulação/epitelização em 14 (45,2%) pacientes, 9 (29%) com tecido necrótico, 3 (9,7%) tecido de granulação/epitelização e fibrina, 3 (9,7%) apenas fibrina, 1 (3,2%) tecido de granulação/epitelização, fibrina e necrótico, e 1 (3,2%) paciente com tecido de granulação/epitelização e necrótico. A média de tempo de úlcera em meses foi de 84,16 com desvio padrão de 147,406 meses

Já em relação a presença de comorbidades, encontramos 4 pacientes (12,9%) que não apresentavam nenhuma comorbidade, 8 (25,8%) eram portadores de DM e HAS, 6 (19,4%) apenas de HAS, 5 (16,1%) de DM, HAS e outras, 4 (12,9%) apenas DM, 3 (9,7%) HAS e outras, e 1 (3,2%) paciente era portador de DM e outras. Além do DM e HAS as outras doenças associadas encontradas foram: Insuficiência Venosa, Insuficiência Arterial, Acidente Vascular Encefálico, Hiperlipidemia, Obesidade, Trombofilia, Doenças cardiovasculares – destacando o Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Arterial Periférica e Câncer.

A patogênese da úlcera venosa ainda é pouco conhecida, porém existe um consenso de que a hipertensão venosa é a causa mais comum para o aparecimento da lesão. A hipertensão venosa causa uma sobrecarga no vaso que devido à intensificação do fluxo sanguíneo que sobrecarrega o músculo da panturrilha fazendo com que este não consiga bombear quantidades maiores de sangue (CARMO et al, 2007). Já a insuficiência arterial é a causa de 10 a 25% das úlceras e pode estar associada com doença venosa, caracterizando úlceras mistas (SILVA, 2008).

Além de fatores vasculares, fatores sistêmicos como deficiências nutricionais, doenças de base como DM e neuropatias de diferentes etiologias podem retardar o processo de reparação fisiológico (TORRES et al, 2004). A doença vascular periférica está presente em 45% dos diabéticos com mais de 20 anos de doença, podendo desenvolver úlceras nos membros inferiores (PACE et al, 2002).

Análise da associação entre variáveis demográficas e clínicas dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas

As variáveis dependentes elencadas para análise do nosso estudo foram duas: tempo e tipo de úlcera. Assim foram elaboradas duas tabelas em que mostraram os resultados das

correlações com as variáveis independentes, que são sexo, etilismo, tabagismo, patologias e idade, sendo que esta última foi analisada somente para o tempo de úlcera.

Para a caracterização do perfil clínico e demográfico dos sujeitos foi realizada uma análise por meio da média, desvio-padrão e valores de p . Para comparar uma variável contínua com uma categórica utilizamos o Teste *t-student*, pois a variável categórica tem apenas duas categorias. Para comparar duas variáveis contínuas utilizamos o teste de correlação de *Pearson*.

Inicialmente comparamos o tempo de úlcera com sexo, idade, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas. A Figura 1 apresenta esta comparação.

Figura 1 - Distribuição do Tempo de úlcera de acordo com sexo, idade, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas, agosto - outubro de 2011.

Variáveis independentes	Tempo de Úlcera em meses			
	n = 31 média = 84,16 DP = 147,40			
	Média	Desvio Padrão (DP)	<i>r</i> de Pearson	Valor de <i>p</i>
Sexo				
Masc.	73,59	132,95		0,677
Fem.	97	167,523		
Idade	61,13	13,188	1	
Etilismo				
Sim	17	17,059		0,84
Não	91,36	153,513		
Tabagismo				
Sim	69,22	130,254		0,531
Não	104,85	171,719		
Comorbidades				
Sim	89,44	155,279		0,292
Não	48,5	79,806		

Os dados apontam uma discrepância entre tempo de úlcera e o fato de ter ou não qualquer comorbidade associada. Dos pacientes que possuíam alguma comorbidade a média do tempo de úlcera em meses foi de 89,44 (DP 155,279) e entre aqueles que não possuíam patologia associada o tempo de úlcera foi consideravelmente menor, sendo este de 48,5 meses (DP 79,806). Este resultado pode estar relacionado com o fato do comprometimento vascular causado pelas patologias, principalmente HAS e DM que dificultam o processo de cicatrização das lesões, aumentando o tempo de úlcera.

Observamos que a média de idade dos pacientes com úlcera vasculogênica foi de 61,13 anos (DP 13,188) e a média do tempo de úlcera em meses foi de 84,16 (DP 147,40). Ao analisarmos o *r de Pearson* identificamos o valor 1 que indica quanto maior a idade dos portadores de úlcera vasculogênica, maior o tempo de úlcera nos mesmos, fato confirmado em nossa pesquisa.

Em seguida, comparamos o tipo de úlcera com sexo, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas. A Figura 2 apresenta esta comparação. Para esse tipo de análise foi utilizado o teste Qui-quadrado (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição do tipo de úlcera de acordo com sexo, etilismo, tabagismo e comorbidades dos pacientes portadores de úlceras vasculogenicas, agosto - outubro de 2011.

Variáveis independentes	Tipo de Úlcera n (%)				Valor de <i>p</i>
	Venosa 12 (38,7)	Arterial 17 (54,8)	Mista 2 (6,5)	Total 31 (100,00)	
Sexo					
Masc.	5	11	1	17	0,372
Fem.	7	6	1	14	
Etilismo					
Sim	1	2	0	3	0,974
Não	11	15	2	28	
Tabagismo					
Sim	5	12	1	18	0,273
Não	7	5	1	13	
Comorbidades					
Sim	9	16	2	27	0,126
Não	3	1	0	4	

Os resultados apontam que a predominância do tipo de úlcera é arterial sendo mais frequente em homens, tabagistas e com patologias associadas. Entre os 18 tabagistas observou-se que 12 são portadores de úlcera arterial. Este resultado pode ser justificado pelo fato da etiologia da úlcera arterial estar correlacionada com os danos causados pelo uso do tabaco. Quanto maior a insuficiência arterial, menor o fluxo sanguíneo, o que resulta em diminuição do aporte de nutrientes e oxigênio ao leito da ferida, e como consequência dificuldade no processo de cicatrização pelo retardo nas fases fibroblásticas e de remodelação da cicatrização (IPONEMA; COSTA, 2010; SMELTEZER; BARE, 2009). Além disso, a nicotina reduz o aporte sanguíneo para a pele, ocasionando uma isquemia tissular, além de favorecer o surgimento de trombose e de lesões da pele que atingem camadas do tecido subcutâneo (CARMO *et al.*, 2007; MARTINS; SOUZA, 2007).

Considerações finais

O perfil dos pacientes com úlceras vasculogênicas atendidos nas unidades de internação médica e cirúrgica e no ambulatório deste hospital universitário do sul do Brasil demonstra características demográficas, tais como a maior incidência de úlceras vasculogênicas em homens, pessoas idosas, casadas, aposentadas, tabagista com média de 31 anos de tempo de uso.

Quanto ao perfil clínico este reúne características com um maior índice de sujeitos com úlcera arterial e localização variando dos pododáctilos ao terço inferior da perna, sendo o tipo de tecido mais prevalente o de granulação/epitelização, com uma média de tempo de úlcera de 84,16 meses. Quanto as comorbidades associadas ficou evidente que as mais prevalentes foram HAS e DM.

Percebemos que as pessoas que participaram da nossa entrevista se adéquam aos pressupostos teóricos de Wanda Horta e que possuem fragilidades voltadas para suas necessidades psicossociais e psicobiológicas devido a situação de portador de úlcera vasculogênica, uma vez que estas necessidades influenciam diretamente na saúde e na qualidade de vida deste ser humano. Cada pessoa entrevistada nos trouxe histórias de vida, dificuldades, sonhos e esperanças, que nos reforçou a idéia de que cada ser humano é único, na sua crença e cultura, integral e que se relacionam com a sociedade e o universo. Concluimos que ao longo dos anos cada ser se depara com obstáculos e desafios, trazendo modificações necessárias e adaptações as mudanças decorrentes.

Por esta razão, o enfermeiro deve estar atento a tudo aquilo que é externo a úlcera vasculogênica propriamente dita, mas que influencia na sua cicatrização, como por exemplo, as doenças crônicas associadas, a idade avançada, o tabagismo, o tempo de úlcera e a diferenciação entre arterial e vascular, visto que os cuidados e orientações são diferenciados e em muitas vezes divergentes para cada uma delas. Desta forma o profissional deve oferecer um cuidado que diminua o tempo de cicatrização da ferida, minimizando os riscos para infecções, evitando recidivas, garantindo o conforto e segurança do paciente.

Ainda assim outros estudos devem ser realizados para ampliar os resultados encontrados, desde que seja feito longitudinalmente e inclua outras questões relacionadas a evolução das úlceras, como por exemplo a nutrição, a rede de apoio, aspectos emocionais, sociais e econômicos com vistas ao cuidado efetivo, seguro e humano.

Referências

BLANES, L. Clinical and epidemiologic evaluation of pressure ulcers in patients at the Hospital São Paulo. **Rev Assc Med Bras.** v.50, n.2, p. 182-187, abr./jun. 2004.

CARMO, S. S. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Rev. Eletr. Enf**, 2007; v.9 (2): p. 506-17.

CAVALCANTE, A. M. R. Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf**, 2010; v.12 (4): p.727-35.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GOGIA, P. P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

IPONEMA, E. C.; COSTA, M. M. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. Capítulo 16: úlceras vasculogênicas**. 2ª Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: LAB, 2005.

MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Rev. Cogitare Enferm**, 2008; v.13 (3): p. 428-36.

MALAQUIAS, S. G. **Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada e em pessoas com úlceras vasculogênicas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

MARTINS, D.A.; SOUZA, A.M. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Rev. Cogitare Enferm**, 2007; V.12 (3): p.353-7.

MOURA, R. M. F. et al. Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica. **Rev. bras. Fisioter**, 2010.

NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlcera venosa atendidos no programa saúde da família do município de Natal / RN.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

PACE, A. E. et al. Fatores De Risco Para Complicações Em Extremidades Inferiores De Pessoas Com Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, v.55, n.5, p.514-521, 2002.

PORTO, P. S. et al. **Pessoas com úlceras vasculares em atendimento há pelo menos 6 meses na rede ambulatorial: avaliação de relato de dor, emoções e capacidade funcional.** In: III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas 4º Congresso Ibero-latinoamericano sobre Úlceras y Heridas II Encontro Brasil-África em Feridas, 2011, Rio de Janeiro. Anais do III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas 4º Congresso Ibero-latinoamericano sobre Úlceras y Heridas II Encontro Brasil-África em Feridas, 2011. v. 1. p. PO008-PO998.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RANG, H. P.; et al. **Farmacologia.** 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SILVA, E. F. H. **Estimulação elétrica de alta voltagem em úlceras varicosas.** 6ª Mostra acadêmica UNIMEP. Piracicaba: UNIMEP, 2008. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/6mostra/5/244.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 2ª Edição. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2007.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TORRES, G. V. et al. **Ensaio clínico do tratamento de úlceras venosas de membros inferiores em pacientes do sexo masculino atendidos no ambulatório de um hospital universitário em natal.** Livro – temas. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Gramado: ABEn-RS, 2004. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=74717&popup=1>> Acesso em: 08 nov. 2011.

QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL SEGUNDO FERRANS E POWERS - VERSÃO FERIDAS

Bruna Telemberg Sell¹

Monike Ventura de Souza²

Tatiana Martins³

Lucia Nazareth Amante⁴

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil através do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers - Versão Feridas (IQVFP-VF). Tratou-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, realizado no período de 22 de agosto a 14 de outubro de 2011 com 31 pacientes. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, sob o número 2102/11. Os dados coletados foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os resultados obtidos foram agrupados em quatro categorias: *Domínio Sócio-econômico*; *Domínio Família*; *Domínio Psicológico e espiritual*; *Domínio da Saúde e funcionamento*. Para análise dos dados foi realizada a recodificação dos resultados em que os valores finais estavam compreendidos entre os escores de 0 a 30, sendo que no domínio sócio-econômico a média do escore foi de 27,42; no domínio família obteve-se um valor de 28,06; o de psicológico-espiritual 26,07 e já no de saúde e funcionamento a média do escore foi de 17,58. Com isso a média do índice de qualidade de vida geral foi equivalente a 20,35.

Descritores: Qualidade de vida, úlcera venosa, doença arterial periférica, assistência de enfermagem.

¹ Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Monitora do Laboratório de Enfermagem.

² Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estagiária assistencial do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina.

³ Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Monitora da 7ª e 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE).

Abstract

The objective of this research is to verify the quality of life of patients with Vasculogenic Ulcers hospitalized at the Surgery Clinic II Unit, Medical Clinic Unit I, II and III and accompanied in the emergency room in a school hospital in the southern part of Brazil through Ferrans and Powers Quality of Life Index – Wounds Version. It is a transversal and descriptive study based on a quantitative approach, realized from the 22nd of August to the 14th of October of 2011 with 31 individuals. The study has received a positive response from the Ethics and Research with Human Being Committee from its home institution, by the number 2102/11. The collected data was organized and analyzed through the electronic database of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) applicative. The obtained results were grouped in four categories: *Domain Social-Economic, Domain Family, Domain Psychological and Spiritual, Domain health and function*. In order to compile the data analysis a re-codification of the results were made in which the final values were set between 0 and 30, given that in the socio-economic domain the average score was 27,42; the family domain obtained a value of 28,06; in the Psycho-spiritual the score was 26,07, while in the health and function domain the value was of 17,58. And thus the average general quality of life index was equivalent to 20,35.

Descriptors: Quality of Life, venous ulcers, peripheral arterial disease, nursing care.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo verificar el índice de calidad de vida de las personas con úlcera vasculogenica internadas en la unidad de clínica cirúrgica II, unidad de clínica médica I, II y III y acompañadas en un ambulatorio de un hospital escuela del sur de Brasil a través del Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers – Versión Heridas. Se trata de un estudio transversal, descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado en el periodo de 22 de agosto a 14 de octubre del 2011 con 31 individuos. El estudio obtuvo un parecer favorable del Comité de Ética e investigación con Seres Humanos de la Institución de Enseñanza de origen, bajo el numero 2102/11. Los datos colectados fueron organizados y analizados a través de un banco de datos electrónico del aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS). Los resultados obtenidos fueron agrupados en cuatro categorías: *Dominio Socio-Económico, Dominio Familia, Dominio Psicológico y Espiritual; Domain de la Salud y Funcionamiento*. Para el análisis de los datos fueron realizados la re-codificación de los resultados en que los valores finales estaban comprendidos entre los escores de 0 a 30, siendo que en el dominio Socio-Económico el promedio del escore fue de 27,42; en el dominio familia se obtuvo un

valor de 28,06, el de Psicológico y Espiritual 26,07 y ya en el de la Salud y Funcionamiento el promedio del escore fue de 17,58. Con eso el promedio del índice de calidad de vida fue equivalente a 20,35.

Descriptor: Calidad de Vida, Úlcera venosa, Enfermedad Arterial Periférica, Asistencia de Enfermería.

Introdução

A presença da úlcera vasculogênica além das expectativas, dos medos e da ansiedade ainda pode afetar a qualidade de vida dessas pessoas, pelo comprometimento causado na execução das atividades diárias, restrições sociais e afastamento da vida profissional (IPONEMA; COSTA, 2010). Qualidade de vida sempre foi um tema discutido pelo ser humano e hoje em dia se sabe que essa qualidade é relativa e depende de pessoa para pessoa (PIRES, 2009). O fenômeno qualidade de vida tem diversas dimensões como a física, a psicologia e o social de variados aspectos. Dentre estes, a saúde e a capacidade funcional são fatores significantes que são avaliados, como o bem estar subjetivo, indicado por satisfação (FREITAS *et al*, 2002).

Quando falamos em qualidade de vida do paciente portador de úlcera vasculogênica, entra um agravante considerável que é a presença de uma doença crônica. As dificuldades encontradas estão desde problemas para caminhar, dançar e realizar suas atividades cotidianas, até problemas econômicos em virtude da restrição das atividades laborais. E essas dificuldades se estendem por anos, devido à cronicidade da doença (SILVA et al., 2009).

Para os portadores de doença crônica o principal objetivo não é a cura, e sim o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis, impedindo que ocorram sequelas e complicações, que são responsáveis pela degradação constante da capacidade funcional (FREITAS *et al*, 2002).

O conceito qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas (SEIDL; ZANNON, 2004). Escolhemos trabalhar com a qualidade de vida dos portadores de úlcera vasculogênica, pois observamos uma lacuna no que se refere a estudos sobre o mesmo, já que segundo Pires (2009) a maioria está relacionada ao uso de novas tecnologias para o tratamento da úlcera, evolução da cicatrização ou na predição do aparecimento das lesões e levantamento de custos de

tratamento. Assim este estudo vem contribuir para qualificar e aumentar a literatura nacional a respeito dessa temática.

Para identificar qual é a qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera vasculogênica, foi utilizado o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers - Versão Ferida (IQVFP-VF), que é um instrumento que pode ser aplicado em pessoas com ferimentos cutâneos de qualquer etiologia, agudos ou crônicos (YAMADA; SANTOS, 2009).

A maioria dos pacientes acometidos por úlcera vasculogênica necessita passar por um processo de reabilitação que o ajude a atingir seu melhor potencial físico, psicossocial e educacional, compatível com seu *déficit* fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida. Neste sentido um dos objetivos a ser alcançado é a melhora na qualidade de vida (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005).

O enfermeiro tem papel fundamental neste processo de melhora na qualidade de vida do paciente através da assistência, da reabilitação, da reinserção social e recuperação de sua independência. Por meio desta ação, pessoas com úlcera vasculogênica sentem-se capazes para alcançar metas e objetivos mediante seu próprio empenho e decisão (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005). A partir desta abordagem este estudo teve como objetivo verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênicas internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

Método

Tipo de pesquisa: estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa em enfermagem é a investigação dos fenômenos de enfermagem que podem ser medidos ou quantificados precisamente. É o exame rigoroso, sistemático e objetivo de conceitos específicos (POTTER; PERRY, 2009).

Local da pesquisa: foi desenvolvida nas unidades de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

Amostra: amostra intencional não probabilística. Os sujeitos participantes foram 31 pacientes portadores de úlcera vasculogênicas atendidos na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil, durante o período de coleta de dados, de 22 de agosto a 14 de outubro de 2011.

CrITÉrios de seleÇão: pacientes portadores de úlcera vasculogênica localizada em membros inferiores, internados na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e atendidos no ambulatório do dia 22 de agosto a 14 de outubro de 2011, de um hospital universitário do sul do Brasil, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, maiores de 18 anos de idade e com condições para responder ao questionário (ser capaz de ler e escrever).

Instrumentos de pesquisa: durante uma entrevista estruturada foi aplicado o instrumento de Ferrans e Powers versão feridas para verificar o  ndice de qualidade de vida. Esta escala apresenta 35 itens de satisfação e importância; cada item apresenta valores que variam de 1 a 6. Os itens estão distribuídos entre 4 domínios: saúde/funcionamento; sócio-econ mico; psicológico/espiritual e família.

Análise de dados: para atribuição dos escores, primeiramente, foram recodificados os itens de satisfação, com o objetivo de centralizar o zero da escala, subtraindo-se o valor 3,5 das respostas de cada item de satisfação, resultando em pontuações que variaram de -2,5 a +2,5. Em seguida, os escores recodificados de satisfação foram ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor da resposta   importância. A seguir, o escore total foi calculado somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Para eliminar pontuações negativas no escore final, somou-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que variou de 0 a 30 (FERRANS; POWERS, 1992 e FERRANS, 1996 apud YAMADA; SANTOS, 2009). Os escores foram organizados e analisados através de um banco de dados eletrônico do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Aspectos  ticos da pesquisa: o projeto foi apreciado pelo Comit  de  tica e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem, recebendo parecer favorável sob o número 2102/11.

Resultados

Para a caracterização da qualidade de vida dos pacientes, foi realizada uma divisão dos domínios da escala, bem como o escore total em que foram analisados por meio da média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Qualidade de vida dos portadores de úlcera vasculogênica segundo o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sócio-econômico	27,42	2,630	21	22	30
Família	28,06	3,454	30	18	30
Psicológico-espiritual	26,07	2,888	26,50	16	30
Saúde e funcionamento	17,58	4,241	18	6	24
Índice de Qualidade de vida geral	20,35	3,647	19	14	24

O escore do instrumento varia de 0 a 30, sendo 0 o menor índice de qualidade de vida e 30 o maior. Este índice permite que o escore seja calculado separadamente entre os domínios ou ainda sem distinção entre os domínios resultando em um Índice de Qualidade de Vida geral (IQV - geral).

Quando observamos o IQV - geral percebemos que a média da qualidade de vida dos pacientes é de 20,35 (DP 3,647) o que não podemos considerar um índice baixo, visto que este varia de 0 a 30. A mediana foi de 19, sendo o valor mínimo encontrado 14 e o máximo 24. A partir destes dados percebemos que no geral a qualidade de vida destes pacientes é satisfatória, mas não podemos deixar de destacar que nenhum dos sujeitos entrevistados atingiu o escore máximo.

Este resultado ainda coincide com o estudo de Yamada e Santos (2009), que foi realizado com 63 sujeitos dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Ceará para validação deste instrumento. A média encontrada para o IQV geral no primeiro teste foi de 22,6 (DP 2,6) e no re-teste foi de 23,4 (DP 1,9).

Discussão

Para melhor discutir os resultados iremos apresentá-los em quatro categorias que correspondem aos domínios: *domínio sócio-econômico; domínio familiar; domínio psicológico e espiritual; domínio da saúde e funcionamento.*

Domínio Sócio-econômico

O termo qualidade de vida, embora pareça novo, foi mencionado pela primeira vez no livro “Economia e Bem-estar” de Pigou em 1920, o qual abordava as ações do governo frente a população da classe menos favorecida e o impacto sobre a vida dos mesmos (YAMADA, 2001).

A complexidade de uma dada situação socioeconômica e epidemiológica com suas múltiplas determinações e variáveis, no âmbito de sua especificidade, têm contribuições importantes para o processo saúde-doença, principalmente em seus determinantes sociais, influenciando a qualidade de vida das pessoas (TOMASI; BARROS; VICTORA, 1996).

As perguntas que fazem parte deste domínio, quanto a satisfação e importância, abordam questões sócio-econômicas como: o fato de não ter filhos; os amigos; o apoio emocional que recebe da família; a vizinhança; a casa, o apartamento ou o local onde mora; a maneira como administra o dinheiro. Ao analisarmos o índice de qualidade de vida deste domínio, vimos que a média do escore é de 27,42 (DP 2,630), sendo considerado um índice alto, visto que o escore total é 30. Além disso, quando comparado com a média do IQV – geral, percebemos que este escore está acima do valor encontrado. Quanto à mediana, esta foi de 21, sendo 22 o escore mínimo e 30 o máximo. Assim como na média, o valor da mediana neste domínio é maior que no IQV- geral.

Quando comparamos com Yamada e Santos (2009) observamos que a mediana e o valor máximo dos dois estudos são semelhantes, entretanto houve uma pequena diferença entre as médias, sendo a desta pesquisa superior. Quanto ao escore mínimo, identificamos uma discrepância significativa, pois neste estudo encontramos o valor de 22 e no estudo comparado o escore foi de 9,5 no teste e 17,7 no re-teste. A média de qualidade de vida no teste foi 23,2 (DP 3,2) e no re-teste 23,9 (DP 2,6); a mediana no teste foi 23,4 e no re-teste 24,1, com valor máximo de 29,5 no teste e 30 no re-teste. Estas diferenças estão associadas ao número de pacientes entrevistados, no de Yamada e Santos (2009) foram entrevistados 63 pacientes e no nosso apenas 31.

Domínio Família

As funções das famílias são históricas, indo desde a reprodução biológica, material à reprodução social de seus membros. A família interfere também na qualidade de vida do indivíduo, pois tem a função de manter a estrutura familiar e da sociedade, ser lócus da

estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado e segurança (SOUSA; CARVALHO, 2007).

As perguntas que fazem parte deste domínio, quanto a satisfação e importância, abordam as questões familiares perguntando sobre: os filhos; o apoio emocional que recebe dos amigos; a felicidade da família. Este domínio foi o que apresentou os resultados estatísticos mais elevados, com média do escore do índice de qualidade de vida de 28,06 (DP 3,454), mediana 30 e escore mínimo de 18 e máximo 30.

No estudo de Yamada e Santos (2009) os valores foram similares, pois a média no teste é de 27,8 (DP 3,1) e de 28,1 (DP 2,4) no re-teste; a mediana no teste e re-teste foi de 29,2; sendo o valor mínimo no teste 16 e máximo 30 e no re-teste escore mínimo de 18 e máximo de 30.

Domínio Psicológico e Espiritual

O bem-estar psicológico está relacionado com a qualidade de vida como um todo, pois é como a pessoa julga a qualidade de sua vida. A sensação de bem estar está relacionada à maneira como a pessoa absorve e lida com os episódios de sua vida. O estado de estresse/angústia contribui para os desequilíbrios do corpo e da mente. Sendo assim, o bem estar psicológico é um elemento preventivo da saúde e o otimismo é um importante fator para este, que surge como uma tendência geral para que algo favorável e positivo se interponha à vida (CHAGAS, 2008).

A espiritualidade está relacionada ao significado da vida e à razão de viver, sem levar em consideração os tipos de crenças ou práticas. A religiosidade é quando um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Mesmo que haja semelhança entre espiritualidade e religiosidade, a última é diferenciada pelo fato de sugerir um sistema de adoração/doutrina compartilhada com um grupo (PANZINI et al, 2007).

As perguntas que fazem parte deste domínio, quanto a satisfação e importância, abordam questões psicológico-espiritual como: a paz de espírito, a tranquilidade; a fé em Deus; realização dos objetivos pessoais; a felicidade de um modo geral; a vida de um modo geral; a aparência pessoal; você mesmo de um modo geral. Nesta categoria o número de pacientes foi de 30, tendo em vista que um dos pacientes entrevistados optou por não responder as perguntas deste domínio. Ainda assim foi possível obter as medidas estatísticas. A média do escore do índice de qualidade de vida encontrado foi de 26,07 (DP 2,888), com mediana de 26,50, tendo 16 o valor do escore mínimo e 30 o máximo. Com estes resultados

podemos considerar um índice de qualidade de vida satisfatório, já que os valores se aproximam de 30 (escore máximo) e são superiores aos valores encontrados no IQV – geral. Quando comparados com Yamada e Santos (2009) também apresentam resultados elevados, pois a média no teste e re-teste, respectivamente, foi de 23,3 (DP 3,6) e 24 (DP 2,8); a mediana no teste é de 23,4 e no re-teste é de 24,3; o valor mínimo no teste foi de 5,1 e no re-teste foi de 14,1; enquanto que o valor máximo no teste encontrado foi de 29,6 e no re-teste 29,1.

Domínio da Saúde e Funcionamento

Evidências científicas mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Assim como, é sabido que muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade e um perfil elevado de saúde (BUSS, 2000).

Os fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, o termo saúde-doença está relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante a melhoria da qualidade de vida é um dos resultados esperados, na prática assistencial e nas políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

As perguntas que fazem parte deste domínio, quanto a satisfação e importância, abordam questões de saúde e funcionamento como: saúde; cuidado com a saúde; dor na ferida; dor em outro local do corpo; tratamento para alívio da dor; estar com ferida; tempo para cicatrização da ferida; drenagem/odor da ferida; aparência da ferida; disposição para realização das atividades da vida diária; capacidade de auto-cuidado; governabilidade; mudanças na vida diária por causa da ferida; capacidade de locomoção; possibilidades de viver tanto tempo quanto gostaria; sono; quantidade de preocupações.

Saúde e funcionamento foi o domínio que menor se obteve os valores dos escores, pois a média do índice de qualidade de vida foi de 17,58 (DP 4,241), a mediana foi de 18, com escore mínimo de 14 e o máximo de 24.

No estudo de Yamada e Santos (2009) estes dados também coincidem com a nossa pesquisa, pois os escores desta categoria foram os menores quando comparados com os outros domínios. O valor da média encontrada no teste foi de 21,3 e no re-teste de 22,2; a mediana no teste foi de 21,8 e no re-teste de 22,2; o valor mínimo no teste foi de 7,9 sendo que no re-teste foi de 14,5 e por último, o máximo foi de 27,4 no teste e no re-teste foi de 27,2.

Considerações finais

Com este estudo pudemos constatar que a média do IQV geral foi de 20,35 (DP 3,647), a mediana foi de 19, sendo 14 o escore mínimo e 24 o máximo. Este instrumento ainda nos permitiu avaliar os quatro domínios separadamente. A média de qualidade de vida do domínio sócio-econômico foi de 27,42 (DP 2,630), com mediana de 21, sendo escore mínimo 22 e o máximo 30. No domínio familiar encontramos uma média de 28,06 (DP 3,454), mediana 30, valor mínimo 18 e máximo 30. No domínio psicológico e espiritual a média do índice de qualidade de vida foi de 26,07 (DP 2,888), sendo a mediana 26,50 com escore mínimo de 16 e máximo 30. Já no domínio saúde e funcionamento observamos uma média mais baixa com relação aos outros resultados, que foi de 17,58 (DP 4,241), a mediana foi 18 com valor mínimo 14 e máximo 24.

Trabalhar e avaliar o conceito de qualidade de vida não foi uma tarefa das mais fáceis, visto a complexidade das questões envolvidas. A condição clínica dos pacientes fez com que tivéssemos uma dificuldade durante a entrevista, devido a idade avançada o grau de entendimento e impaciência fazendo com que a maioria das entrevistas excedessem o tempo previsto.

Outro obstáculo encontrado foi a dificuldade para a localização dos registros das pessoas portadoras de úlceras vasculogênicas em tratamento e acompanhadas no hospital universitário do sul do Brasil. Mesmo nossa pesquisa tendo uma abordagem quantitativa, não houve representatividade significativa devido a falta de controle destes pacientes.

Após análise dos instrumentos e o cálculo dos domínios observamos que a qualidade de vida dos pacientes com úlceras vasculogênicas atendidos nas unidades de internação médica, cirúrgica e no ambulatório deste hospital universitário, tem como maior déficit o marco saúde e funcionamento. Sendo assim, é essencial que medidas para o atendimento destes pacientes sejam estabelecidas para que haja registro, controle e acompanhamento tanto da evolução das feridas quanto do estado geral dos pacientes.

A enfermagem deve assistir ao paciente como um todo, pois o indivíduo com doença crônica está prejudicado em todos os seus aspectos, como o biopsicoespiritual e sócio-economicamente. Para isto o profissional da saúde precisa perceber as fragilidades e intervir da maneira mais adequada, não focando apenas no diagnóstico clínico, e sim, integralmente, encorajando o indivíduo no enfrentamento das dificuldades e proporcionando o conforto e o bem estar para possível melhora na qualidade de vida do mesmo.

Referências

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

CHAGAS, B. A. **Os benefícios do bem estar psicológico**. Diretório de Artigos Gratuitos. 2008. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/psicoterapia-artigos/os-beneficios-do-bem-estar-psicologico-639923.html>> Acesso em: 25 nov. 2011.

FERRANS, C.; POWERS, M. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*. 1992;15(1):29-38. Apud YAMADA, B. F. A; SANTOS, V. L. C. G. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas. **Rev. Esc. Enferm**, vol 43, nº 1105-13, São Paulo, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a15v43ns.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2011.

FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. *Schol Inquiry Nurs Pract*. 1996;10(3):293-304. Apud YAMADA, B. F. A; SANTOS, V. L. C. G. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas. **Rev. Esc. Enferm**, vol 43, nº 1105-13, São Paulo, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a15v43ns.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2011.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IPONEMA, E. C.; COSTA, M. M. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. Capítulo 16: úlceras vasculogênicas**. 2ª Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**. 2007, vol.34, suppl.1, pp. 105-115. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>.

PIRES, K. M. Em busca da qualidade de vida: Desenvolver a espiritualidade pode ser um dos caminhos. **Revista Atividades e Experiências**, edição especial família, Editora Positivo, Ano 10, nº 9, p. 31, setembro, 2009. Disponível em: <http://www.educacional.com.br/revista/0909/pdf/qualidade_de_vida.pdf> Acesso em: 22 abr. 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 Abr. 2011.

SILVA, F. A. A. et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 Abr. 2011.

SOUSA, P. M.; CARVALHO, A. M. **A contribuição da família para a qualidade de vida de idosos portadores de câncer**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoD/02e4e212894e2c89cd5aPATR%C3%8Dcia%20MAGALH%C3%83ES%20SOUSA_ANA%20M%C3%81rcia%20CARVALHO.pdf> Acesso em: 24 nov. 2011.

TOMASI, E.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Situação sócio-econômica e condições de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(Supl.1):15-19, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12s1/1609.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2011.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. O Processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas tóricas de enfermagem de Wanda Horta, Dorotea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Rev. Cogitare Enferm**, vol. 10, nº 3, pp. 63-70, Paraná, set/dez de 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5395/3970>> Acesso em: 16 abr. 2011.

YAMADA, B. F. A. **Qualidade de vida das pessoas com úlceras venosas crônicas**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo. 175p.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas. **Rev. Esc. Enferm**, vol 43, nº 1105-13, São Paulo, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a15v43ns.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso interesse em realizar este estudo foi devido o contato com pessoas que possuíam úlceras vasculogênicas, durante as nossas atividades do curso de graduação, e a partir deste resolvemos aprofundar nossos conhecimentos e de alguma maneira, intervir positivamente na assistência e cuidado aos pacientes que lidam com este problema de saúde.

Na primeira abordagem realizamos uma busca em literaturas e revisão nas bases de dados sobre o tema, definimos a diferença entre as úlceras venosas e arteriais para que pudéssemos compreender os agravos e distinguir posteriormente o tratamento adequado para cada uma. Através do instrumento escolhido - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers - Versão Feridas (IQVFP-VF) (YAMADA; SANTOS, 2009), e da criação de um perfil com a identificação dos sujeitos, realizamos 31 entrevistas com pacientes da unidade de internação cirúrgica I; internação médica I, II, III e ambulatório. Destes 31, vimos que a maior incidência de úlceras vasculogênicas está em homens, pessoas idosas, casadas, aposentadas e tabagistas. Quanto ao perfil clínico, encontramos como um maior índice de sujeitos aqueles com úlcera arterial, sendo o tipo de tecido mais prevalente o de granulação/epitelização, com uma média de tempo de úlcera de 84,16 meses, equivalente a 7 anos. Em se tratando das comorbidades associadas as mais evidentes foram HAS e DM.

Percebemos que as pessoas que participaram da nossa entrevista se adéquam ao cuidado que Wanda Horta propõe ao ser humano. São pessoas que possuem fragilidades voltadas para suas necessidades psicossociais e psicobiológicas devido a situação de portador de úlcera vasculogênica. Que todas as necessidades influenciam diretamente na saúde e a qualidade de vida deste ser humano. Cada pessoa entrevistada nos trouxe histórias de vida, dificuldades, sonhos e esperanças, que nos reforçou a idéia de que cada ser humano é único, na sua crença e cultura, integral e que se relaciona com a sociedade e o universo. Concluimos que ao longo dos anos cada ser se depara com obstáculos e desafios, trazendo modificações necessárias e adaptações as mudanças decorrentes. Quando há um desequilíbrio ou desconforto, este ser adoece não só fisicamente, e sim integralmente.

Quando observamos o IQV - geral percebemos que a média da qualidade de vida dos sujeitos é de 20,35 (DP 3,647) o que não podemos considerar um índice baixo, visto que este varia de 0 a 30. A mediana foi de 19, sendo o valor mínimo encontrado 14 e o máximo 24. A partir destes dados percebemos que no geral a qualidade de vida destes pacientes é satisfatória, destacando que nenhum dos pacientes entrevistados atingiu o escore máximo.

Desta forma percebemos quais os danos e prejuízos que as úlceras vasculogênicas provocam, como as dificuldades enfrentadas para a realização das atividades diárias, os problemas sociais e profissionais vivenciados, além das mudanças e adaptações que prejudicam a qualidade de vida. E para melhorar a qualidade de vida desses pacientes é imprescindível que sejam elaborados mais estudos, atualizando *guidelines* e protocolos para o cuidado a pacientes com esse tipo de feridas, além de aprofundar e buscar a construção do conhecimento técnico-científico; investir na melhoria na qualidade da assistência realizando capacitações para a equipe multiprofissional, além de focar na educação em saúde tanto para os profissionais como para os familiares e/ou cuidadores; realizar o cuidado integral, na possibilidade de reabilitação e reinserção destes pacientes através de uma assistência interdisciplinar que minimize o tempo de cicatrização da ferida, reduzindo os danos e riscos para infecções, impedindo recidivas, oferecendo conforto e segurança do paciente.

Além disso, seria adequado que o hospital universitário tivesse um registro dos pacientes acometidos por esses tipos de úlceras, para que houvesse um controle da quantidade de pessoas que necessitam de tratamento pela instituição, observar se há recidivas de pacientes já atendidos e realizar grupos de convivência com estes sujeitos para avaliar as transformações vivenciadas através de orientações passadas pelos profissionais de saúde.

Sendo assim este estudo irá contribuir para a produção do conhecimento científico em enfermagem, ampliando o olhar do profissional de saúde aos portadores de úlcera vasculogênica, para que este receba um cuidado que atenda as suas reais necessidades e possa ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AZOUBEL, R. et al. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev. Esc. Enferm. USP*;44(4):1085-1092, dez. 2010.

BARBIERI, D. E.; ZANELLA, M. T. **Obesidade**. In CHACRA, A. R. Guia de Endocrinologia. Barueri, SP: Manole, 2009.

BLANES, L. Clinical and epidemiologic evaluation of pressure ulcers in patients at the Hospital São Paulo. **Rev Asse Med Bras**. v.50, n.2, p. 182-187, abr./jun. 2004.

BORDALO, A. A. Editorial: Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**. Vol. 20(4) outubro-dezembro, 2006. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2011.

BRANDÃO, R. A., et al. **Principais temas para residência médica: clínica médica**. São Paulo: Medcel / Editora Prol, 2008.

BRASIL. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>> Acesso em: 10 mai. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

COSTANZO, L. S. **Fisiologia**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2008.

DYNIIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª Ed. São Caetano do Sul. SP: Difusão Editora, 2009.

FARIA, M. S. et AL. **Fisiologia Humana**. Florianópolis: BIOLOGIA/EAD/UFSC, 2009.

FERREIRA, M. C. et al. Feridas complexas. **Clinics**;61(6):571-578, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOGIA, P. P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

IPONEMA, E. C.; COSTA, M. M. Úlceras vasculogênicas. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I. B. (Org.) **Fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2ª Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: LAB, 2005.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. da. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500014&lang=pt> Acesso em: 10 mai. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Volume 12 - Nº 4 - out/dez de 2003. Disponível em:
<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2011.

MARTINS, L. M.; FRANCA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez. 1996.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

MORAES, I. N. **Tratado de Clínica Cirúrgica**. São Paulo: Roca, 2005.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M. Qualidade de vida. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, Nov. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001100001> Acesso em: 20 set. 2011.

PIRES, K. M. Em busca da qualidade de vida: Desenvolver a espiritualidade pode ser um dos caminhos. **Revista Atividades e Experiências**, edição especial família, Editora Positivo, Ano 10, nº 9, p. 31, setembro, 2009. Disponível em:

<http://www.educacional.com.br/revista/0909/pdf/qualidade_de_vida.pdf> Acesso em: 22 abr. 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRAZERES, S. J. **Tratamento de feridas: teoria e prática**. 1ª Edição. Porto Alegre: Moriá, 2009.

RANG, H. P.; et al. **Farmacologia**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª Edição. 2ª Reimpressão. São Paulo: Cortez, 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 Abr. 2011.

SILVA, F. A. A. et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 Abr. 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2ª Edição. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2007.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. O Processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas tóricas de enfermagem de Wanda Horta, Dorotea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Rev. Cogitare Enferm**, vol. 10, nº 3, pp. 63-70, Paraná, set/dez de 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5395/3970>> Acesso em: 16 abr. 2011.

YAMADA, B. F. A; SANTOS, V. L. C. G. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas. **Rev. Esc. Enferm**, vol 43, nº 1105-13, São Paulo, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a15v43ns.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Iniciais do nome:

Gênero: () Masculino / () Feminino

Idade:

Estado civil:

Número de filhos:

Profissão:

Tabagista: () Sim / () Não. Tempo: _____

Etilista: () Sim / () Não. Tempo: _____

Procedência:

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Tipo de úlcera: () Venosa / () Arterial

Localização da úlcera: () MI Direito / () MI Esquerdo / () Maléolo medial / () Maléolo lateral / () Região Distal / () Pé Outro: _____.

Tipo de tecido: () Granulação / () Epitelização / () Fibrina / () Necrótico / () Esfacelo

Quantidade de Exsudato: () Ausente / () Pouco / () Médio / () Grande

Tipo de Exsudato: () Serosanguinolento / () Sanguinolento / () Seroso / () Purulento

Tempo de duração da ferida: _____.

Mobilidade: () Deambula / () Deambula com auxílio / () Não deambula

Patologias associadas: () D.M / () H.A.S / () Obesidade / () Doenças cardiovasculares / () Outros: _____.

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa *Qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculogênicas: escala de Ferrans e Powers*. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não havendo prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação. É uma pesquisa para a obtenção do título de graduação em enfermagem, orientada pela Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante e realizado pelas acadêmicas de enfermagem Bruna Telemberg Sell, Monike Ventura de Souza e Tatiana Martins.

NOME DA PESQUISA: Qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculogênicas: escala de ferrans e powers.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Lúcia Nazareth Amante, Dra.

ENDEREÇO: R: Desembargador Pedro Silva, 3162 apto 210 – Itaguaçu– Florianópolis – SC – CEP 88080-701, **TELEFONE:** (0xx48) 3879-0242.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA: A condição da pessoa com úlcera vasculogênica em muitas vezes afeta as suas atividades da vida diária, o que resulta em mudanças na qualidade de vida das mesmas. Este estudo tem como objetivos Verificar o índice de qualidade de vida das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil; Conhecer o perfil epidemiológico das pessoas com úlcera vasculogênica internadas na unidade de clínica cirúrgica II, unidade de clínica médica I, II e III e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário do sul do Brasil.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Para participar desta pesquisa, você precisará responder uma entrevista estruturada com questões dirigidas para o estudo um questionário de qualidade de vida. Os resultados serão divulgados nos eventos e publicações científicas da profissão e trará benefícios tanto para a pessoa portadora de úlcera vasculogênica, quanto para a profissão, pois ambos usufruirão dos resultados deste estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS: Você não está em risco e poderá ocorrer algum desconforto ao responder as perguntas, caso deseje, você poderá deixar a pergunta sem resposta.

BENEFÍCIOS: Ao participar deste estudo você estará colaborando para ampliar o conhecimento de enfermagem sobre a qualidade de vida e perfil epidemiológico das pessoas com úlcera vasculogênica. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e seu nome e dados serão cancelados sem haver prejuízos em seu atendimento.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A participação neste estudo não lhe trará custo material e financeiro. Você também não receberá pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Não será utilizado seu nome na realização deste estudo, os dados brutos ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora. A divulgação dos resultados será para a comunidade científica, sendo sua identidade preservada.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Lúcia Amante
(Orientadora)

Bruna Telemberg Sell (Acadêmica)

Monike Ventura de Souza
(Acadêmica)

Tatiana Martins
(Acadêmica)

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG: _____ CPF _____,

declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora sobre os procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que tenho liberdade de desistência de participar da pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

Florianópolis, ____/____/____.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 21 anos):

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXOS

ANEXO 1: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS - VERSÃO FERIDAS (IQVFP-VF)

<p>Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.</p>						
	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
Quanto você está satisfeito com:						
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente na ferida <i>(se tiver dor na ferida)?</i>	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de dor que você sente <i>(se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida)?</i>	1	2	3	4	5	6
5. O tratamento que você recebe para aliviar <i>(passar, melhorar)</i> a dor?	1	2	3	4	5	6
6. O fato de estar com ferida?	1	2	3	4	5	6
7. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	1	2	3	4	5	6
8. A drenagem <i>(secreção)</i> e/ou odor <i>(cheiro)</i> da(s) sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência <i>(aspecto)</i> de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. A energia (disposição, vigor, força) que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. O controle <i>(governo, comando)</i> que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua(s) ferida(s) <i>(tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se)?</i>	1	2	3	4	5	6
14. Sua capacidade de movimentar-se <i>(mudar/mexer o corpo de lugar)</i> e ou locomover-se <i>(ir de um lugar para o outro)?</i>	1	2	3	4	5	6
15. Sua possibilidade <i>(chance)</i> de viver tanto quanto você gostaria?						
16. Seus filhos <i>(se tiver filhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
17. O fato de não ter filhos <i>(se não tiver filhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança <i>(vizinhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. A maneira como você administra <i>(cuida, controla)</i> o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Suas possibilidades <i>(chances)</i> de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. A realização de seus objetivos pessoais <i>(planos, sonhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Você mesmo(a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve **o quanto** importante é para você aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não sentir dor na ferida? <i>(se tiver dor na ferida)</i>	1	2	3	4	5	6
4. Não sentir dor? <i>(se tiver dor sem ser na ferida)</i>	1	2	3	4	5	6
5. Receber tratamento para aliviar <i>(passar, melhorar)</i> a dor?	1	2	3	4	5	6
6. Não ter ferida?	1	2	3	4	5	6
7. Que a cicatrização de sua(s) ferida(s) ocorra em menor tempo possível?	1	2	3	4	5	6
8. Não ter drenagem <i>(secreção)</i> e ou odor <i>(cheiro)</i> em sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência <i>(aspecto)</i> de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. Ter energia <i>(disposição, vigor, força)</i> suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. Ter controle <i>(governo, comando)</i> sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. Que a sua vida diária não precise ser mudada por causa da(s) sua(s) ferida(s) <i>(tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se)?</i>	1	2	3	4	5	6
14. Sua capaz de movimentar-se <i>(mudar/mover o corpo de lugar)</i> e ou locomover-se <i>(ir de um lugar para o outro)?</i>	1	2	3	4	5	6
15. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16. Seus filhos <i>(se tiver filhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
17. Ter filhos <i>(se não tiver filho(s))?</i>	1	2	3	4	5	6
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança <i>(vizinhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. Ser capaz de administrar <i>(cuidar, controlar)</i> o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. Realizar seus objetivos pessoais <i>(planos, sonhos)?</i>	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Estar satisfeito(a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Ser você mesmo(a)?	1	2	3	4	5	6

Copyright 1984 & 1998 Ferrans & Powers (Do not use without permission).

Versão Feridas Construída e validada por Yamada & Santos, 2006.

ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2102

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2102

FR: 43365

TÍTULO: QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS NA PERSPECTIVA DA ESCALA DE FERRANS E POWERS

AUTOR: lucia nazareth amante, BRUNA TELEMBERG SELL, MONIKÉ VENTURA DE SOUZA, TATIANA MARTINS

FLORIANÓPOLIS, 31 de Outubro de 2011.

Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
COORDENADOR DO CEPSH UFSC